AKTÍVAN A BETEGBIZTONSÁGÉRT!

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER SZAKMAI MÓDSZERTANI FEJLESZTÉSE CÍMŰ, EFOP 1.8.0 - VEKOP 17 JELŰ PÁLYÁZATI KONSTRUKCIÓ BETEGBIZTONSÁGI ALPROJEKT SZAKMAI KONCEPCIÓJA ÉS EREDMÉNYEI

SZÉCHENYI 2020

MAGYARORSZÁG KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális Alap

BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

AKTÍVAN A BETEGBIZTONSÁGÉRT!

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER SZAKMAI MÓDSZERTANI FEJLESZTÉSE CÍMŰ, EFOP 1.8.0 - VEKOP 17 JELŰ PÁLYÁZATI KONSTRUKCIÓ BETEGBIZTONSÁGI ALPROJEKT SZAKMAI KONCEPCIÓJA ÉS EREDMÉNYEI

Szerkesztette

Dr. Belicza Éva alprojekt vezető

Dr. Lám Judit, SE EMK szakmai vezető

Pölöskei Petra, OKFŐ projektmenedzser

Készítette:

Egészségügyi Ellátórendszer Szakmai Módszertani Fejlesztése
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001

ORSZÁGOS KÓRHÁZI FŐIGAZGATÓSÁG

Semmelweis Egyetem EMK Egészségügyi Menedzserképző Központ

Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

NNK NEMZETI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT

Budapest, 2021.

ELŐSZÓ

Az orvostudomány és -technológia fejlődése miatt az egészségügyi beavatkozások egyre komolyabbak, és mára már olyan betegcsoportok ellátása is lehetővé vált, amelyeket évtizedekkel ezelőtt még nem lehetett eredményesen gyógyítani. A fejlődés előnyeit mindannyian élvezzük, azonban számolnunk kell azokkal a kockázatokkal is, amelyek a rendszer bonyolultságából, az új technológiákból és az ellátottak növekvő sérülékenységéből fakadnak. Nem vitás tehát, hogy az egészségügyi ellátás fejlődésével a betegbiztonságnak is lépést kell tartania. Világszerte többféle akadályozó tényező nehezíti a betegbiztonság fejlődését. Hosszasan lehetne sorolni a problémákat: az egészségügyi ellátás töredezettsége, az egyes szereplők magárautaltsága, a csapatmunka hiánya, a fejlesztések iránytűjének számító, megbízható adatok és információk nehéz elérhetősége stb. Jó hír ugyanakkor, hogy a leggyakoribb hátráltató tényezők közül sokat célzott, szisztematikusan végrehajtott beavatkozásokkal orvosolhatunk. Ezek révén a betegbiztonsági kockázatok jelentős részét csökkenteni lehet, és az okozott kedvezőtlen hatások egy része is megelőzhető.

Az EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 kódszámú, az Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése címet viselő projekt betegbiztonsági alprojektje hiánypótló munkát végzett el a betegbiztonság teljes spektrumának fejlesztése terén. Elkészültek többek között az egészségügyi szakpolitikát támogató stratégiák és operatív tervek. A szakmaiság napi munkában való érvényesülése érdekében jógyakorlatokat formáltunk a szervezési szempontok hozzárendelésével. Igyekeztünk átadni az egészségügyi ellátást nyújtók széles körének a betegbiztonság fejlesztésének modern, napi gyakorlatban mindenki számára alkalmazható szemléletét: „ismerd fel a problémákat, értsd meg az okokat, és tegyél ellene!" A projekt szakértői kidolgozták azt az értékelési rendszert, amelynek segítségével a szakemberek és a betegek számára megfelelő visszacsatolásokat lehet adni az elért eredményekről. Javaslatok készültek különböző ösztönzők beépítésére a rendszerbe. A szemléletformálást és a betegek biztonságát középpontba helyező intézményi kultúra változását a projekt képzésekkel támogatta. Kiadványunkban a betegbiztonsági alprojekt ezen eredményeinek összefoglalóját nyújtjuk át a betegbiztonságért tenni akaró szakemberek, döntéshozók és érdeklődők számára. Az alprojekt deklarált célja egy olyan támogató szervezeti kultúra és szemlélet kialakítása volt, amelynek segítségével az egészségügyi dolgozók felismerik a szakmai csapatmunka jelentőségét és a saját szerepük fontosságát a betegbiztonság fejlesztésében. Ezt a szemléletet nem csupán hirdettük, hanem meg is valósítottuk a projekten belül, ahol – és talán éppen erre vagyunk a legbüszkébbek – egyedülálló módon valósult meg több intézmény munkatársainak együttműködése, az adatok és az információk megosztása, valamint az egymástól történő tanulás. Köszönet illeti az alprojekt megvalósítóit: az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (jelenleg Országos Kórházi Főigazgatóság), az Országos Közegészségügyi Intézet (jelenleg Nemzeti Népegészségügyi Központ), a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő projektben részt vevő munkatársait, illetve az alprojekt vezetőit. Az ő szakmai elkötelezettségük, felkészültségük és töretlen hitük abban, hogy a betegbiztonság javítása olyan cél, amelyért érdemes és kell is együtt dolgoznunk, lendített túl bennünket a nehézségeken, és vitt minket egyre közelebb a kitűzött célokhoz. Munkánkat a konzorciumot alkotó egyes intézmények többszöri átalakulása kísérte, így a változó környezethez való adaptáció számunkra nemcsak elméleti kérdés, hanem a mindennapjainkat meghatározó valóság volt, de hitünk, hogy a közös szakmai célok végül összehozzák az adott cél érdekében elkötelezett embereket, soha nem hagyott cserben bennünket, és végül győzedelmeskedett.

Remélem, hogy Önök is megtalálják jelen anyagaink között azokat, amelyeket eredményesen tudnak alkalmazni szakmai tevékenységük során, és a jövőben együtt fogunk dolgozni a betegbiztonság javításán!

Dr. Oroszi Beatrix
az EFOP 1.8.0-VEKOP 17 projekt szakmai vezetője

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETŐ 6

A kiadvány célja és szakmai tartalma 10

Köszönetnyilvánítás 10

1. AZ INTÉZMÉNYEK MŰKÖDÉSÉRE HATÓ KÜLSŐ TÉNYEZŐK 11

1.1. Általános betegbiztonsági stratégiai koncepció 12

1.2. Betegbiztonsági stratégiai koncepció – az ellátással összefüggő fertőzések megelőzése 14

1.3. Az infekciókontroll-tevékenység célzott finanszírozása a fekvőbeteg-intézményekben 16

1.4. A betegbiztonságot támogató vezetői értékelési és elismerési rendszer kialakítása 18

2. JÓGYAKORLATOK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS KÜLÖNBÖZŐ TERÜLETEIRŐL 20

2.1. Az egészségügyi jógyakorlatok fejlesztésének rövid módszertani ismertetője 21

2.2. Az egészségügyi jógyakorlatok oktatásának rövid módszertani ismertetője 22

2.3. Interjúk a jógyakorlatokról 23

2.4. Az újraélesztés intézeti folyamata 26

2.5. A nyomási fekély megelőzésének és ellátásának intézeti folyamata 28

2.6. A perioperatív fájdalomcsillapítás 30

2.7. A kétlépcsős onko-team és a palliatív team-modell 32

2.8. A betegoktatás kialakításának intézeti folyamata 34

2.9. Jógyakorlatok az ápolásszervezés témaköréből 36

2.10. Jógyakorlatok a betegazonosítás témaköréből 38

3. AZ ANTIMIKROBÁS SZEREK ALKALMAZÁSA 39

3.1. Az AMR szakpolitikai program az „Egy Egészség” megközelítés alapján 40

3.2. Az antimikrobás szerek helyes alkalmazása – módszertani útmutató a járó- és fekvőbeteg-ellátás számára 42

3.3. Antibiotikum-alkalmazás a járóbeteg ellátásban – ajánlások a napi gyakorlat számára 44

4. GYÓGYSZERELÉS 45

4.1. Az egyedi gyógyszerelés támogatásának módszertana 46

4.2. A beteg által behozott gyógyszerek kezelésének módszertana 48

4.3. Az egyedi gyógyszerelés támogatásának jógyakorlata 50

4.4. Interjúk az egyedi gyógyszerelés jógyakorlat-képzésben érintettekkel 52

5. MŰTÉTI ELLENŐRZŐ LISTA 55

5.1. A műtéti ellenőrző lista alkalmazására vonatkozó módszertani ajánlások és a műtéti ellenőrző lista adaptációja 56

5.2. A műtéti ellenőrző lista alkalmazása – jógyakorlatok 58

5.3. Interjú a műtéti ellenőrző lista jógyakorlat-oktatójával 59

6. INFEKCIÓKONTROLL 62

6.1. Az intézményi infekciókontroll-program kulcselemei – módszertani útmutató 63

6.2. A kézhigiéné megfelelő alkalmazása – módszertani útmutató és jógyakorlat 64

6.3. A húgyúti katéterrel összefüggő fertőzések megelőzése – módszertani levél és jógyakorlat 66

6.4. Műtéti sebfertőzések megelőzése – módszertani levél és jógyakorlat 68

6.5. A lélegeztetéssel összefüggő pneumóniák megelőzése – módszertani levél és jógyakorlat 69

6.6. Az érkatéterrel összefüggő fertőzések megelőzése – módszertani levél és jógyakorlat 70

7. OKI KUTATÁSOK *72*
7.1. A NEVES jelentési rendszer és a kapcsolódó oki kutatások *73*
7.2. A NEVES Fórum *75*
7.3. Interjúk a NEVES program aktív résztvevőivel *76*
7.4. Az elmaradt tervezett műtétek okai és a megelőzés lehetőségei *79*
7.5. Az éles, hegyes eszközök okozta sérülések okai és a megelőzés lehetőségei *80*
7.6. A dolgozók bántalmazásának okai és a megelőzés lehetőségei *81*
7.7. A nyomási fekély kialakulásának okai és megelőzési lehetőségei *83*
7.8. Az újraélesztési lánc működtetésének hiányosságai, ezek okai és megoldási lehetőségei *84*
7.9. A betegek elkóborlásának és önkényes távozásának okai, illetve a megelőzés lehetőségei *85*
7.10. A betegcsere és leletcsere okai, valamint a megelőzés lehetőségei *86*
7.11. A betegesések okai és megelőzési lehetőségei *87*
7.12. Interjú az oki kutatásról *88*

8. COVID-19 KÓRHÁZMENEDZSMENT AJÁNLÁSOK ÉS NEMZETKÖZI ALERTEK *89*
8.1. COVID-19 kórházmenedzsment ajánlások *90*
8.2. Nemzetközi alertek *91*

9. ÁLTALÁNOS BETEGBIZTONSÁGI ISMERETEK – TANANYAGFEJLESZTÉS ÉS TÁJÉKOZTATÁS *92*
9.1. A betegbiztonság fejlesztése a gyakorlatban – hallgatói jegyzet és módszertani útmutató *93*
9.2. Lakossági tájékoztató kampány *95*
9.3. Interjú a lakossági kampányban közreműködőkkel *96*

TÁRGYMUTATÓ *98*

BEVEZETŐ

A fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országokban 10%-ra teszik azon kórházi betegek arányát, akiknél az ellátás következményeként valamilyen egészségi állapotot vagy életminőséget érintő károsodás, ún. nemkívánatos esemény alakul ki. A probléma minden ellátási szinten megjelenik. Míg a kórházakban elsősorban a gyógyszerelési hibákból adódó következmények, a nozokomiális fertőzések és az esések miatti károsodások jelentik a nemkívánatos események többségét, a járóbeteg-szakellátásban és az alapellátásban a diagnosztikus tévedésekből és késésekből, valamint a helytelen gyógyszerelrendelésekből fakadó károsodások fordulnak elő a leggyakrabban.

A nemkívánatos események, amellett, hogy számos beteget érintenek, az általuk generált kiadások miatt is kiemelt figyelmet érdemelnek. Az ellátás következtében kialakult egészségkárosodásokat kezelni kell, és ez sokszor jelentős kiadást jelent az egészségügyi intézmények, illetve a finanszírozók számára. Az OECD által végzett kutatás szerint a hibák és a nemkívánatos események következményes költségei az akut kórházak költségvetésének 15%-át is jelenthetik.

A nemkívánatos események hátterében kb. 70%-ban valamilyen hibát lehet kiváltó okként azonosítani. A hibák 70-80%-a tervezési, szervezési problémákból fakad vagy a környezeti tényezők (zaj, tömeg stb.) provokálják, és nem az érintettek személyes felelősségére vezethetők vissza. Ebből következően a nemkívánatos események megelőzése akkor válhat eredményessé, ha a tervezési hibák és a környezeti okok feltárására, kezelésére, illetve megelőzésére, és nem a végrehajtásban érintett személyek hibáztatására és büntetésére koncentrálunk.

A meglévő veszélyek és kockázatok felismerése és kezelése bármely szervezet működésében akkor válhat sikeressé, ha a biztonságot támogató szervezeti kultúrát sikerül kialakítani és fenntartani. Ez a kölcsönös bizalmon alapuló őszinte és nyílt kommunikációt, a csapatmunkát, a biztonság jelentőségét elismerő közös gondolkodásmódot és az eredményesen alkalmazott megelőző intézkedéseket jelenti. Az ilyen intézményekben a munkatársak jelzik, megbeszélik és elemzik a kockázatos helyzeteket és magatartásformákat, az előfordult hibákat és nemkívánatos eseményeket, követik a biztonságos működés szempontjából kritikus szabályokat, és a működés biztonságosságát helyezik előtérbe a kibocsátás volumenével szemben. Az intézményi döntéshozatalnál a betegbiztonsági szempontokat helyezik előtérbe a szervezeti célok megfogalmazása során.

Az intézményi menedzsment felelőssége, hogy olyan környezetet alakítson ki, amely elősegíti a betegbiztonsági szempontok érvényesülését és a támogató szervezeti kultúra kialakulását. Ehhez olyan tudás és ösztönző mechanizmusok kialakítása szükséges, amely elősegíti a munkatársak számára a veszélyforrások és a kockázatok felismerését, kommunikációját és a lehetséges megoldási javaslatok megfogalmazását. El kell fogadni és fogadtatni, hogy az emberek által elkövetett hibák mögött a működés gyengeségeit kell keresni, és a hibáztatás helyett igazságos módon, az alapvető okokat kezelő mechanizmusokat kell életbe léptetni. Ennek feltétele a vezetésnek a téma iránti – a gyakorlatban is megnyilvánuló – elkötelezettsége és az olyan tudással rendelkező, megfelelő felelősségi és hatáskörrel felruházott munkatársak, akik a betegbiztonság ügyét operatív módon képesek kezelni.

A hazai betegellátó intézmények dolgozói képzésük során nem találkoznak a betegbiztonság koncepcionális kereteivel vagy a szervezeti kultúra jelentőségével, és általában hiányoznak azok az ismeretek, amelyek lehetővé teszik a kockázatok és veszélyforrások felismerését, az előfordult események oki kutatását és a kivédésüket célzó releváns intézkedések meghatározását. Nemcsak az ismeretek hiánya, hanem az ösztönzők, az elemzés és az értékelés hiánya is hozzájárul ahhoz, hogy az intézmények nem foglalkoznak szisztematikus

módon a betegbiztonsági kérdésekkel. További probléma, hogy a nemkívánatos események előfordulásakor a hibáztató, azaz az egyénekre koncentráló, bűnbakot kereső és nem az okok feltárását előtérbe helyező kultúra kerül előtérbe. A gondolkodás, a gyakorlat megváltozásának elérése, a szervezeti kultúra befolyásolása időigényes és nehéz folyamat, és az intézményekben dolgozók egyöntetű szándékára van szükség a folyamat sikeres véghezviteléhez.

Mindezen elvek és a hazai tapasztalatok mentén az alprojekt a következő betegbiztonságot támogató célt tűzte ki maga elé.

Olyan szervezeti kultúra, szemlélet megteremtésének támogatása, amelynek segítségével a dolgozók felismerik a veszélyforrásokat a tevékenységek végzése során és javaslatokat fogalmaznak meg a kivédésükre, lehetőség nyílik az előfordult hibák és nemkívánatos események tanulási céllal történő megbeszélésére, továbbá az intézmény vezetése aktívan közreműködik a betegbiztonság fejlesztésében.

A projektben kifejlesztett szakmai anyagok és a lebonyolított képzések mindegyike a szervezeti kultúra valamelyik megcélzott elemének megvalósulását szolgálja. A részleteket az 1. ábra I-VI. pontja mentén mutatjuk be.

I. Az intézmény vezetése aktívan közreműködik a betegbiztonság fejlesztésében

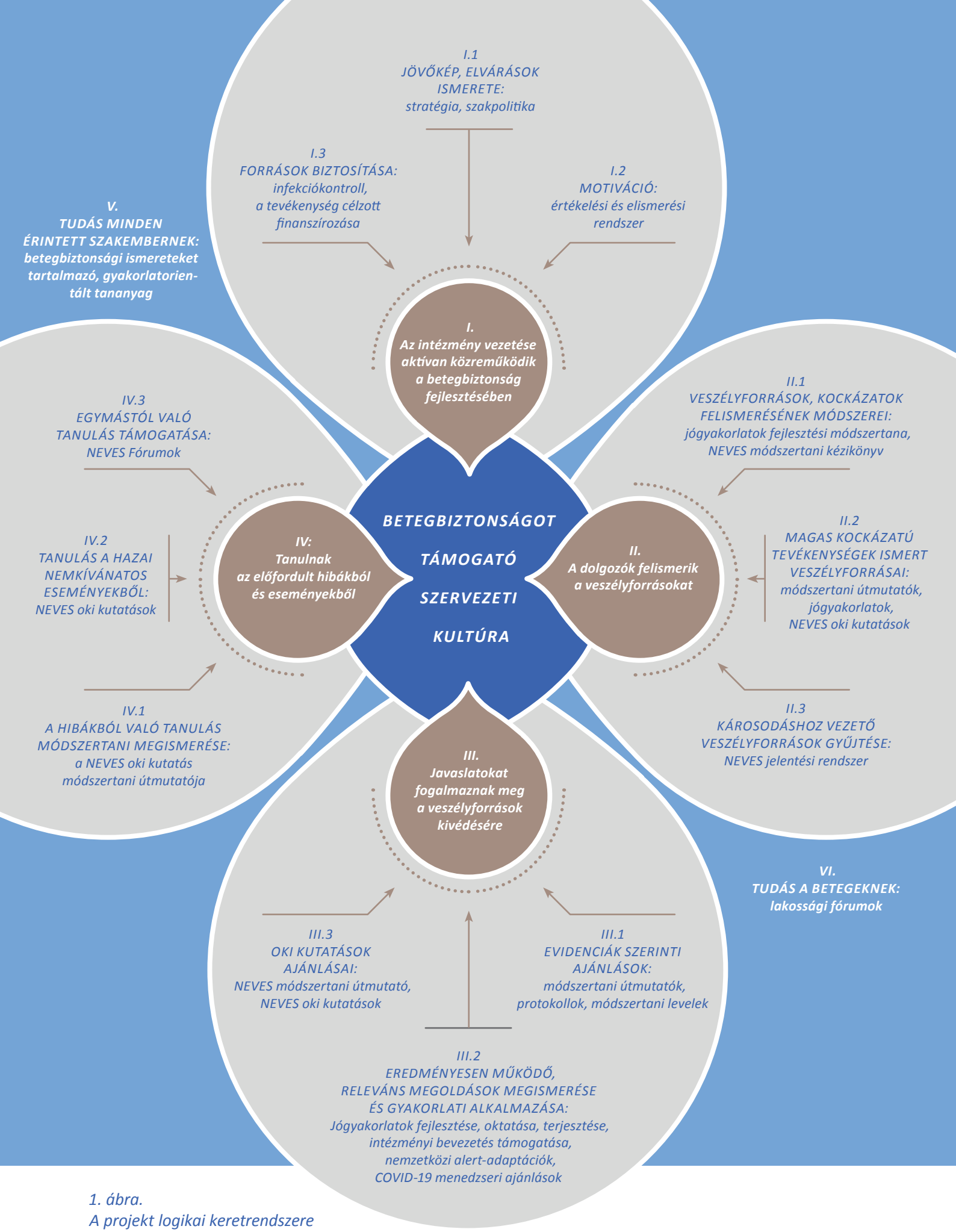
Az intézményi vezetőknek kiemelt szerepük van a betegbiztonságot támogató szervezeti kultúra kialakításában. Példaként szolgálnak az általuk vezetett intézményben, így a kommunikációjuk, a szabálykövetésük, a hibákra és a nemkívánatos eseményekre történő reagálásuk, a döntéseik stb. befolyásolják a munkatársak vélekedését és viselkedését.

A betegbiztonságért való elkötelezettség kialakítását, illetve erősítését segíti elő, ha országos szinten megfogalmazásra kerülnek azok a ***stratégiai célok és programok*** (I.1.), amelyek a következő évekre meghatározzák a betegbiztonság témaköréhez kapcsolódó, fejlesztésre kerülő specifikus területeket és tevékenységeket (1.1, 1.2, 3.1 fejezetek). Az intézményekben zajló betegbiztonsági fejlesztéseket mozdítja elő az az indikátorokra támaszkodó ***értékelési és elismerési rendszer*** (I.2.), amely a sikeresen zajló betegbiztonsági tevékenységek esetén bónuszban részesíti a vezetőket és a legjobban teljesítő teameket (1.4. fejezet).

A nozokomiális fertőzések visszaszorításában óriási jelentősége van a megfelelően szervezett és működő infekciókontroll-tevékenységnek. Ennek érdekében olyan ***finanszírozási modell*** került kialakításra (I.3.), amely lehetőséget teremt ezen tevékenységek célzott finanszírozására, így biztosítva hozzájuk az elégséges forrást (1.3. fejezet).

II. A dolgozók felismerik a veszélyforrásokat

A betegbiztonság fejlesztésének fontos területe, hogy a ***munkatársak képesek legyenek felismerni*** azokat a ***veszélyforrásokat*** a mindennapi munkavégzés során, amelyek hibához vezetnek, és legyen lehetőségük ezek gyűjtésére, jelzésére, ill. megbeszélésére (II.1) (2.1., 7.1. fejezetek). A veszélyforrások jelen lehetnek a fizikai környezetben, az intézményekben kialakított mikrorendszerekben, vagy a tevékenységek végrehajtása során is. Projektünk több irányból is igyekezett hozzájárulni a munkatársak képességének fejlesztéséhez (II.2). ***Módszertani anyagok*** készültek az ismerten magas betegbiztonsági kockázatot hordozó tevékenységek témaköreiben a lehetséges veszélyforrások és hibalehetőségek feltárásának támogatásához (3.2, 4.1, 4.2, 5.1, 6.1, 6.2 fejezetek). Több speciális témakörre vonatkozóan az elkészült módszertani útmutatók,



1. ábra.
A projekt logikai keretrendszere

oki kutatások és jógyakorlatok konkrét veszélyforrásokat, illetve előidéző okokat sorolnak fel (2.4-2.10, 3.2, 4.3, 5.2, 6.2-6.6, 7.4-7.11 fejezetek). A veszélyforrások feltárásához és elemzéséhez pedig a nemkívánatos események 2007 óta működő, ***NEVES megnevezésű anonim és önkéntes jelentési rendszere*** módszertani és szakmai támogatást nyújt az intézmények számára (II.3) (7.1., 7.2. fejezetek).

III. Javaslatokat fogalmaznak meg a veszélyforrások kivédésére

A veszélyforrások megismerését követően meg kell határozni, hogyan lehet kivédeni, hogy azok hibához, ezen keresztül pedig betegkárosodáshoz vezessenek. Projektünk három megközelítésből fogalmaz meg ajánlásokat a szakemberek számára a veszélyforrások kezeléséhez. A szakmai tevékenységekhez tudományos evidenciákra támaszkodó (III.1) ***módszertani útmutatókat, protokollokat és módszertani leveleket*** készítettünk (3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 5.1, 6.1, 6.2 fejezetek) a leggyakrabban előforduló nemkívánatos események témaköreiben. A napi működési gyakorlat lehetőség szerinti hibamentes megszervezését (III.2) az ***egészségügyi jógyakorlatok kidolgozása és oktatása,*** valamint az intézményi bevezetés támogatása segítette (2.2-2.10, 3.2, 4.3, 5.2, 6.2-6.6). További támogatást ad az intézményeknek a ***külföldi minőségügyi szervezetek által közzétett ajánlások (alertek) hazai adaptációja,*** és a járvány elindulásához kapcsolódóan kidolgozott ***COVID-19 kórházi menedzsment-ajánlások*** (8.1, 8.2. fejezetek). Módszertani segítséget, továbbá nyolc témakörben konkrét ajánlásokat (III.3) nyújtunk a feltárt veszélyforrások kezelési lehetőségeire és a változások elérésére az anonim jelentési rendszerbe érkezett adatok és a nemzetközi szakirodalom alapján (7. téma-blokk).

IV. Tanulnak az előfordult hibákból és nemkívánatos eseményekből

Az egyes nemkívánatos eseményekhez vezető okok hasonló mintázatot követnek: hasonló körülmények között bármely munkatárs ismételten elkövetheti ugyanazokat a hibákat, így az ismételt előfordulás elkerülése az okok megismerésével és kiküszöbölésével lehet eredményes. A hibákból, nemkívánatos eseményekből való tanulás jelentőségét éppen ezért minden nemzetközi ajánlás hangsúlyozza. Projektünkben ***részletes módszertani ajánlást*** adunk ***az eseményekből való tanulás teljes folyamatára*** (IV.1.) (7.1, 7.2 fejezetek), és ajánlásokat fogalmaztunk meg a hazai jelentési rendszerbe érkezett adatokra támaszkodva a hasonló események elkerülésére (IV.2.) (7.4-7.11 fejezetek). A betegbiztonsági anyagainkat és az intézmények ez irányú tevékenységeit folyamatosan mutattuk be, és mutatjuk be a jövőben is a vitát, megbeszélést is lehetővé tevő ***Fórumok***on (IV.3.) (7.2. fejezet).

V–VI. A betegbiztonsági ismeretek fejlesztése

Az egészségügyi dolgozók nem vagy alig részesülnek olyan oktatásban, amelyik segítené a betegbiztonsági ismereteik bővülését, az ehhez szükséges gondolkodásmód fejlődését, a betegbiztonságot támogató szemlélet kialakulását. Projektünk keretében olyan jegyzetet készítettünk, amely azokat az ***alapvető módszereket és ismereteket tartalmazza,*** melyek alapul szolgálhatnak az egészségügyi szakemberek általános betegbiztonsági ismereteinek oktatásához. A tananyag mellett útmutatást adunk az oktatás módszertani lebonyolításához is (V.) (9.1. fejezet).

A ***laikus lakosság,*** a betegek ***szerepe*** jelentős abban, hogy javuljon az ellátás biztonsága. Ennek érdekében meg kell kezdeni a széles közvélemény bevonását és tájékoztatását a témakör jelentőségéről és saját szerepükről. Elsőként a gyógyszeralkalmazásokkal kapcsolatban szerveztünk lakossági tájékoztató programokat (VI.) (9.2. fejezet).

A tájékozódás elősegítése érdekében szakmai honlapot hoztunk létre és működtetünk (www.betegbiztonsag.info).

A KIADVÁNY CÉLJA ÉS SZAKMAI TARTALMA

Kiadványunk összefoglalja a 2017. június 1. és 2021. február 28. között zajló, 45 hónapos futamidejű alprojekt legfontosabb eredményeit. Célunk, hogy felkeltsük az olvasók érdeklődését a szakmai munkánk és eredményeink iránt, azokat minél többen tanulmányozzák és hasznosítsák a napi munkájuk során.

Projektünk címe – a szakmai módszertani fejlesztés – arra utal, hogy a termékeink elsősorban a napi munkát segítő tapasztalatokon és/vagy bizonyítékokon alapuló módszertani fejlesztések, de emellett gyakorlati oktatásokat, pilotelemzéseket és a betegellátó környezetben lefolytatott kutatásokat is végeztünk.

Stratégiai koncepcióink, az ***infekciókontroll-tevékenység finanszírozására,*** valamint ***az értékelési és elismerési rendszerre vonatkozó ajánlás***ok a betegbiztonság fejlesztését célozzák az egészségügyi ellátórendszer egészére vonatkozóan.

Módszertani útmutatóink és különböző típusú ***ajánlásaink*** az intézmények betegbiztonsági fejlesztéseit támogatják. Ezek olyan szakirodalom-kutatáson és helyzetértékelésen alapuló ajánlások, amelyek a betegbiztonsági és a szakmai szempontú szervezet- és folyamatfejlesztéshez nyújtanak segítséget. A megértést tananyagok segítik, több közülük e-learning formában is elérhető.

Egészségügyi jógyakorlatokat is kifejlesztettünk és oktattunk. Az egészségügyi jógyakorlat valamely betegbiztonságot támogató tevékenység eredményes és hatékony megvalósításának részletes, az adott tevékenység során alkalmazandó, az egyes intézmények számára is adaptálható megoldását jelenti. Leírása kiterjed a javasolt résztvevőkre, helyszínekre, időpontokra, alkalmazandó eszközökre, dokumentumsablonokra. A tevékenység egyes lépéseinek meghatározása az ismert betegbiztonsági kockázatok kivédését is magában foglalja. Javaslatokat fogalmaz meg a gyakorlati megvalósításra, a mindennapi működés megváltoztatása érdekében javasolt teendőkre.

A betegellátási folyamatokra vonatkozó, ***evidenciákon alapuló ajánlásaink*** a fertőzésmegelőzést, a helyes antibiotikum-felhasználást és a nemkívánatos események megelőzését szolgálják.

Kiadványunkban a szakmai anyagok lényegét a felhasználók szemszögéből próbáltuk bemutatni olyan kérdések megfogalmazásával és megválaszolásával, amelyek a mondanivaló lényegét, hangsúlyos elemeit emelik ki, és az olvasóban is felmerülhetnek. A jobb megértést az egyes anyagok elkészítését ismertető rövid módszertani leírásokkal segítjük. A kiadvány összeállításakor igyekeztünk megszólaltani néhány résztvevő kollégánkat is, akik fejlesztőként, oktatóként vagy hallgatóként találkoztak a projektünkkel, és így gyakorló szakemberként és egyben felhasználóként fogalmazták meg javaslataikat, tapasztalataikat az érdeklődő olvasók és a leendő felhasználók számára.

A kiadványban bemutatott anyagokat szabadon elérhetővé tesszük olvasóink számára a https://betegbiztonsag.info honlapon.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetünket fejezzük ki a projektben dolgozó valamennyi munkatársunknak és a projekthez kapcsolódó gyakorló szakembereknek, akiknek a betegbiztonsági fejlesztések iránt érzett elhivatottsága, a jobbításban és a fejleszthetőségben való megingathatatlan hite, tudása, kitartása és áldozatos munkája nélkül a projekt eredményei nem jöhettek volna létre.

A jelen kiadvány szerzői mellett az összeállításban nyújtott segítségükért köszönet illeti a következő személyeket: Czók Viktória Laura, Farkas Beáta (OKFŐ), Farkas Szilvia, Lázs Eszter, Kovács Ildikó, Makai Marianna és Pályi Márk (SE EMK).

1

AZ INTÉZMÉNYEK MŰKÖDÉSÉRE HATÓ KÜLSŐ TÉNYEZŐK

Projektünk betegbiztonságra vonatkozó célkitűzése az olyan intézményi kultúra kialakításának elősegítése, amely a betegbiztonság fejlesztését szolgáló szemléletet és gondolkodást teremt. A cél elérésének egyik lényeges eleme, hogy a külső környezet elősegítse ezt a törekvést.

Fontos tényezőnek tekintjük a rendszerszintű irányok és fejlesztési célok meghatározását, hisz ezek nem csupán az intézményeket támogatják saját betegbiztonsági programjaik kialakításában, de megoldást adhatnak az intézmények közötti és az ellátórendszer általános működésében meglévő azon problémák kezelésére, amelyek betegbiztonsági kockázatokat hordoznak magukban. Projektünkben több stratégiai koncepció is készült. A jelen fejezet az általános és a fertőzésmegelőzési stratégiai koncepciót ismerteti, majd a 2. témablokkunk részeként az antimikrobás rezisztencia visszaszorítását célzó szakpolitikai program jelenik meg.

Az intézmények közvetlen támogatására két fejlesztést végeztünk.

Az infekciókontroll-tevékenység célzott finanszírozásának kidolgozott modellje a fertőzésmegelőzési tevékenységek megfelelő végrehajtási lehetőségeit teremtheti meg a kórházakban. A szükséges anyagok és eszközök, illetve ráfordítandó munkaidő célzott felméréseken és meglévő adatok elemzésével kerültek meghatározásra. A finanszírozás részben a HBCs rendszeren keresztül, részben pedig célzott finanszírozásként kerül a modellünk szerint az egészségügyi intézményekhez.

Fontos motiváló tényező a végzett munka elismerése. A betegbiztonságot támogató szervezeti kultúra kialakításáért és fenntartásáért elsősorban az intézmények vezetői a felelősek. Az értékelési és elismerési rendszer kialakított modelljében ezért az ő felelősségi körükbe tartozó olyan indikátorok kerültek kialakításra, amelyek a betegbiztonság fejlesztését igazolják. Elismerésként az indikátorok teljesülési szintje alapján javasoljuk a jutalmazási rendszer kiépítését.

Az elkészült stratégiai koncepciók, az infekciókontroll-tevékenység célzott finanszírozása és az értékelési és elismerési rendszer gyakorlatba történő bevezetése ágazati döntést igényel. Bízunk benne, hogy a széles szakmai bázison fejlesztett anyagok pozitív fogadtatásra lelnek mind a döntéshozók, mind az intézmények körében, és anyagaink hozzájárulnak a betegbiztonság rendszer- és intézményi szintű fejlesztéséhez.

A témablokk összeállításában közreműködött

Dr. Ézsi Robin
Dr. Kresznovszki Miklós
Mihalicza Péter

1.1.

ÁLTALÁNOS BETEGBIZTONSÁGI STRATÉGIAI KONCEPCIÓ

A gyorsan változó egészségügyben az egyetlen jó stratégia: ha van stratégia.

Az elkészült stratégiai koncepció az egészségügyi ellátórendszerben feltárt általános betegbiztonsági problémák kezelésére iránymutatást tartalmazó tervezet. Az ágazati szintű célok ismerete segítheti az intézményi vezetést a saját szervezete stratégiai céljainak meghatározásában és következetes véghezvitelében.

1. Milyen alapelveket tartalmaz a betegbiztonsági stratégia?

A nem biztonságos egészségügyi ellátás jelentős mortalitási és morbiditási tényező, emellett jelentős anyagi terhet ró az egészségügyre. A világ országaiban ezért egyre nagyobb hangsúlyt kap a betegbiztonság, ami mára már stratégiai jelentőséggel bír. Az alapelvek között szerepel az elkerülhető ártalmak megelőzése olyan rendszerek, folyamatok és strukturális elemek kialakításával és alkalmazásával, amelyek segítségével mérsékelhetők vagy elkerülhetők a betegbiztonsági kockázatok.

2. Vannak-e mintaként figyelembe vehető nemzetközi betegbiztonsági stratégiai anyagok?

Az Egészségügyi Világszervezet a megjelenő publikációk alapján már 2002-ben, az 55. Közgyűlésén aggodalmát fejezte ki a betegbiztonsági problémákkal kapcsolatban. Az Európai Unió Tanácsa 2009-es ajánlásában elvárásként fogalmazta meg a tagállamok felé a betegbiztonság megjelenítését a szakpolitikában. Számos, fejlett egészségüggyel rendelkező ország készítette el saját betegbiztonsági stratégiáját, mint pl. az Egyesült Királyság, Svájc, Norvégia, Finnország, Ausztria, Szerbia, Hollandia, Kanada, Spanyolország, Németország vagy Ausztrália. A magyarországi koncepció a hazai gyengeségek és ismert problémák mentén került kifejlesztésre. Az ajánlások kialakítása és megfogalmazása azonban figyelembe vette a nemzetközi ajánlásokat és a megvalósítással kapcsolatos tapasztalatokat.

3. Milyen hazai kezdeményezésekre épít az elkészült stratégia?

A betegbiztonsági stratégia célrendszerének kialakításakor a 2011-ben elkészült és frissített Egészségügyi Minőségfejlesztési és Betegbiztonsági Stratégia (MIBES) problémalistája szolgált alapul. A fejlesztést végző munkacsoport emellett több korábbi hazai minőségügyi és betegbiztonsági program eredményeiből és tapasztalataiból építkezett. Közöttük a legfontosabbak a NEVES (NEm Várt ESemények) jelentési és tanulórendszere és a kapcsolódó Fórum-sorozat, a súlyos nemkívánatos események utáni teendőket megfogalmazó NEKED ajánlás, valamint a betegellátás biztonságosabbá tételét célzó működési standardrendszerek (Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok /MEES/ és a TÁMOP 6.2.5/A projektben kidolgozott BELLA standardok). A fejlesztők építettek a specifikus képzési programok tapasztalataira is (MBM - Minőségügyi és Betegbiztonsági Menedzser szakirányú továbbképzés, Betegbiztonsági Koordinátor képzés – e-learning program).

4. Milyen célokat fogalmaz meg az általános betegbiztonsági stratégia?

A stratégiai koncepció általános, hosszabb távra szóló normatív, és rövidebb időszakokra szóló operatív célokat is tartalmaz. A négy normatív cél közül az első a folyamat- és rendszerszem-

léletet helyezi előtérbe az egészségügyi szolgáltatók szakmai tevékenységének fejlesztése során. A második cél a szolgáltatók közötti együttműködést fogalmazza meg. A harmadik cél a rendszerszintű betegbiztonsági fejlesztéseket taglalja. A negyedik cél a rendszerszintű kockázatok kezelését helyezi előtérbe. A normatív célok mindegyikéhez olyan operatív célok kerültek megfogalmazásra, amelyek összességében a normatív célok teljesülését szolgálják.

5. Hogyan lehet teljesíteni a megfogalmazott célokat?

Az operatív tervek végrehajtásához a gyakorlati megvalósítást segítő tervek készültek. Ezek többek között a hazai jógyakorlatok összegyűjtésére és terjesztésére, a betegbiztonsági ösztönző rendszer kialakítására, indikátorok kidolgozására, a betegbiztonsági témakörök oktatására vagy a betegbiztonsági PR-kampány lebonyolítására adnak részletes útmutatást a döntéshozók számára.

Rövid módszertani ismertető

Lásd az 1.2. pont módszertani ismertetőjét.

Felelős konzorciumi partner:
Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ

1.2.

BETEGBIZTONSÁGI STRATÉGIAI KONCEPCIÓ – AZ ELLÁTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZÉSEK MEGELŐZÉSE

Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések (EÖF) a gyakoriságuk, a betegeknek okozott ártalmak súlyossága és a következményes költségek mértéke miatt is kiemelt figyelmet kapnak. A WHO és az EU is elvárást fogalmazott meg a tagországok számára a nemzeti stratégiák, ill. programok kidolgozására. Ezt a munkát útmutatókkal támogatják, amelyek felsorolják azokat a területeket, amelyek mentén a tagországoknak javasolt a saját programjuk kidolgozása.

1. Melyek a legfontosabb ismert kezelendő problémák az ellátással összefüggő fertőzésekkel (EÖF) kapcsolatban?

A fertőzésmegelőzéshez szükséges tárgyi eszközöknek a tényleges szükségleteknek megfelelő biztosítása és finanszírozása gyakran nem megoldott. Gyakori a humánerőforrás-hiány mind az egészségügyi dolgozók, mind az infekciókontroll-szakszemélyzet és az egyéb támogató szakterületek vonatkozásában. Az intézményi menedzsment munkáját a gazdálkodás alapján értékelik, így az érdekeltségek nem mutatnak egy irányba a rendszer hatékonyságának és a betegek biztonságának érdekeivel. Nem csak a menedzsment, de általában az egészségügyi dolgozók infekciókontrollal kapcsolatos ismeretei is hiányosak. A témakörben számos szakmai-módszertani fejlesztés, működőképes program s elemzés készült el, azonban ezek a döntéshozatali szinten nem hasznosulnak.

2. Mik a stratégiai koncepció legfontosabb ajánlásai?

Interdiszciplináris szakértői csoport biztosítása és nemzeti infekciókontroll program megalkotása. Támogató jogszabályok és bizonyítékokon alapuló útmutatók, szakmai ajánlások elkészítése. Az infekciókontroll oktatásának erősítése a szakirányú képzésekben, az eredmények és ismeretek kommunikációja a szakemberek, illetve közérthető nyelvezettel a lakosság felé. Az EÖF surveillance erősítése. Multimodális stratégiák. Az infekciókontroll felügyeletének, ellenőrzésének és az eredmények visszacsatolásának erősítése. A személyzeti terhelés csökkentése és a munkaerő megtartását célzó intézkedések kidolgozása. Épített környezet, anyagok és berendezések a fertőzésmegelőzés és -kontroll számára.

3. Hogyan segíti a kórházi munkámat a stratégiai koncepció ismerete?

A koncepció szakmai tartalma rávilágít azokra a feladatokra, célokra, amelyeket intézményi szinten is kezelni szükséges. A gyakorlati megvalósításhoz a nyolc témakörben kidolgozott operatív tervek nyújtanak támogatást, amelyek szólnak a célokról, a várható hatásokról, az érintettekről és a nyomonkövetés feladatairól. Az operatív tervek jól adaptálhatók az intézményi környezetre.

Rövid módszertani ismertető

Mind az általános, mind pedig az ellátással összefüggő fertőzés megelőzésére vonatkozó stratégiai koncepció kialakításához a munkacsoport a SWOT stratégiaalkotási folyamatot vette alapul. A SWOT-elemzés egyes elemeit az EMMI egészségügyért felelős államtitkársága (mint aktor) nézőpontjából listázta a fejlesztő munkacsoport. Ennek alapján az erősségek és a gyengeségek az aktor hatáskörén belül vannak, míg a veszélyek és a lehetőségek a hatáskörén kívül. Második lépésben a hagyományos SWOT-mátrix „belső” elemeit ütköztettük a „külső” tényezőkkel, aminek nyomán négy, konkrét beavatkozási pont azonosítására alkalmas páros terület jött létre.

Az általános betegbiztonsági koncepció esetében a SWOT gyengeség-elemeinek csoportosításával négy fő, átfogó (normatív) cél került meghatározásra. Az operatív tervek meghatározásához a gyengeségek és lehetőségek párosítása ment végbe. A megfogalmazott beavatkozásnak mérsékelnie kellett a gyengeség negatív hatásait, és kihasználnia a lehetőségeket. Az így kialakult beavatkozási halmaz konszolidációja és operatív célokhoz történő rendelése alapján született meg az általános betegbiztonsági stratégiai koncepció.
Az ellátással összefüggő fertőzések megelőzésével kapcsolatos koncepció kidolgozása során a gyengeségeket a WHO önértékelési kritériumai alapján azonosítottuk, és a célrendszer kialakításakor a WHO ajánlásai szerint jártunk el.

Felelős konzorciumi partner:
Nemzeti Népegészségügyi Központ

1.3.

AZ INFEKCIÓKONTROLL-TEVÉKENYSÉG CÉLZOTT FINANSZÍROZÁSA A FEKVŐBETEG-INTÉZMÉNYEKBEN

A fertőzések terjedése elleni megfelelő védekezés nem csak költséget csökkent, de életeket is ment.

A kórházi szerzett fertőzések eredményes megelőzéséhez, a megfelelő infekciókontroll-program kivitelezéséhez elengedhetetlen a szükséges erőforrások biztosítása. A feladatra létrejött munkacsoport meghatározta az infekciókontroll elsődleges költségeit, figyelembe véve a szakmai ajánlásokat és protokollokat, illetve ellenőrzésként összevetve mindezt a jelenlegi ellátási gyakorlat adataival. A feladat része volt a megfelelő finanszírozási modell kidolgozása is.

1. Milyen elemekből áll az infekciókontroll fejlesztése?

Az infekciókontroll fejlesztése többszintű és típusú megelőző, védekező, fertőzésmentesítő elemből álló komplex ellátás-fejlesztési csomag. A figyelembe vett elemek az infekciókontroll kulcselemeiről szóló módszertani útmutató és a fertőzésmegelőzést célzó módszertani levelek alapján kerültek meghatározásra.

2. Milyen jellegű feladatokra terjed ki és mire nem a finanszírozási koncepcióban megfogalmazott javaslat?

Ez a projektelem azokra a tevékenységekre fókuszál, amelyek:

- megelőzésként biztosíthatják a fertőzési képesség potenciálisan magas rizikójának kiszűrésével a fertőzés kórházon belüli továbbterjedését; valamint
- a már fertőző betegségben szenvedők vagy annak gyanújával azonosított betegek esetén a betegek megfelelő mértékű izolációjához, illetve a fertőzés terjedésének megszüntetéséhez szükségesek.

3. Melyek azok a területek, amelyeket a koncepciófejlesztés során kiemelten vizsgáltak?

- A kézhigiéné WHO-ajánlás szerinti alkalmazása.
- Az infekciókontroll-alapelemek alkalmazása, beleértve az egyéni kockázatértékelést és a standard izolációt.
- A terjedési mód alapú (kontakt és cseppfertőzés) megelőzését szolgáló óvó intézkedések, ide értve a magas és közepes kockázatú személyek kivizsgálásának időtartamára érvényesített izolációt.
- Az eszközhasználattal és műtéti beavatkozással összefüggő fertőzések megelőzése érdekében alkalmazott intervenciók.

4. Milyen módon történhet az infekciókontroll tevékenységek finanszírozása?

A finanszírozási koncepcióban többféle módszer alkalmazhatósága is bemutatásra került. Alapvetően két fő finanszírozási elemet célszerű kiemelni és azonosítani.

A költségfedezetet biztosító finanszírozási elemek:

- a minden ellátási eseményre kiterjedően alkalmazandó standard vagy speciális infekciókontroll fedezetének biztosítása az ápolási idő, az izolációban töltött napok alapján, amely díjjal egyúttal biztosítják az infekciókontroll irányításáért felelős szervezet fenntartását is („a” elem);
- a klinikai manifesztációban megjelenő fertőzések minimalizálását és a multirezisztens kórokozók terjedését megakadályozó, megelőzési célú intervenciók fedezetének biztosítása a kórházi ellátásba felvett be-

tegeknél, azaz a szűrési csomagok meghatározott kiegészítő finanszírozása, ellátási esetekhez kapcsoltan, esetszám függvényében („b” elem);

- a beavatkozások során megelőzési céllal kötelezően alkalmazandó intervenciók fedezetének biztosítása a beavatkozásoknak megfelelően szükséges megelőzési célú protokoll alapján a jelenleg alkalmazott finanszírozási díj arányos megemelésével, a finanszírozási díj részeként, azaz a beavatkozás díjának, az ellátási eset díjának korrekciójával („c” elem).

A későbbiekben az egészségügyi szolgáltató infekciókontroll eredményei is figyelembevételre kerülhetnek a finanszírozásban.

Rövid módszertani leírás

A költségszámításokhoz retrospektív és prospektív adatgyűjtést végeztünk. Egy pilot-intézet kétéves adatait dolgoztuk fel az izolációban töltött napokról. Két pilot-intézetben egy-egy hetes felmérés alapján vizsgáltuk a kézhigiénés gyakorlatot, a személyre szóló infekciókontroll-tevékenységeket, kiegészítve a teljes osztályos eset során elvégzett szűrővizsgálatok, izolációk és beavatkozások adataival. Emellett figyelembe vettük a fekvőbeteg-elszámolási jelentés adatait.

A költségszámítások két fő eljárás szerint készültek el. Egyrészt protokoll alapú költségszámításokat készítettünk a módszertani ajánlások alapján, így pl. a kézhigiéné, valamint a magas rizikóval rendelkezők megelőző szűrővizsgálata esetén. Másrészt felmérés alapú költségszámításokat végeztünk a pilot-intézetek adatai alapján.

A költségszámításokat elsőként az ellátási esetek szintjén végeztük el, amely így többféle elemzés számára is megfelelő alapot biztosított. A számítások és elemzések összegzése elkészült a kórházi esettípusok (HBCs) szintjén, valamint emellett szakmai szintű és országos szintű hatásvizsgálatok is készültek.

Felelős konzorciumi partner:
Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
Nemzeti Népegészségügyi Központ

1.4.

A BETEGBIZTONSÁGOT TÁMOGATÓ VEZETŐI ÉRTÉKELÉSI ÉS ELISMERÉSI RENDSZER KIALAKÍTÁSA

A biztonságot támogató szervezeti kultúra az intézményi vezetéssel kezdődik. (Sammer és mtsai. 2010)

Minden tizedik kórházba felvett beteg szenved el olyan károsodást, amely nem indokolható az állapotával, és a kórházi kiadások 15%-a kapcsolható a nem biztonságos ellátás okozta következmények mérsékléséhez. A betegbiztonsági kockázatok a jövőben várhatóan tovább emelkednek az ellátások növekvő komplexitása, az idősödő lakosság és az élethossz növekedése miatt. Célunk, hogy a magyarországi szakellátás résztvevői prioritásként kezeljék a betegbiztonságot, a szervezeti kultúra támogassa a minőségi ellátást. Ennek érdekében létrehozzuk a tudásmegosztást és tanulást segítő Betegbiztonsági Kiválósági Hálózatot, valamint pénzügyi és nem pénzügyi elismerésben javasoljuk részesíteni a szakellátás intézményi vezetőit egy indikátor alapú értékelési és elismerési rendszer keretében. A szakirodalom szerint a minőség iránt elkötelezett vezetők támogató szervezeti kultúrát tudnak létrehozni, központi szerepük van a bizonyíték alapú ellátási gyakorlat kialakításában, valamint biztosítani tudják a munkatársak bevonását és az intézkedések fenntarthatóságát.

1. A vezetők jövedelem-kiegészítésén kívül mi másra jó ez a rendszer?

A vezetői értékelési és elismerési rendszer bevezetése és működtetése fejleszti a szervezeti kultúrát az indikátorok teljesítése érdekében bevezetett intézkedéseken keresztül. A biztonságot támogató szervezeti kultúra a szakirodalom szerint közvetlen hatással bír az ellátás kimenetére és befolyásolja annak eredményességét: kapcsolatot találtak a szervezeti kultúra, valamint a kórházi újrafelvételek, ápolási idők, a posztoperatív szövődmények, a gyógyszerelési hibák és a betegbiztonsági incidensek előfordulása között.

2. Meg fognak büntetni, ha rossz eredményeket ér el az intézményem az indikátorokban?

Nem. A javasolt elismerési rendszer jutalmazáson alapul, azaz az indikátorokban jó eredményeket elérő vezetők és szakmai teamek pénzügyi elismerésben, valamint betegbiztonsági díjakban részesülnek, és támogatást kapnak tudásuk, eredményeik, tapasztalataik széles körű terjesztéséhez.

3. Hatósági ellenőrzéseket fognak végezni az indikátorokban elért eredmények hitelesítése miatt?

Nem. A rendszer hangsúlyozottan támogató, fejlesztő irányultságú, azaz a célunk az, hogy minél több intézmény és team érjen el minél jobb eredményeket. Ehhez a vezetők és munkatársaik folyamatos szakmai támogatást, konzultációs lehetőséget kapnak a betegbiztonsági szakértőktől, illetve a Betegbiztonsági Kiválósági Hálózat keretében az egymástól való tanulás lehetősége is adott.

4. Azért van szükség az elismerési rendszerre, mert a vezetők, orvosok és szakdolgozók „nem próbálkoznak eléggé”?

Nem, hanem mert nem ideálisak a biztonságos ellátást lehetővé tevő szervezeti feltételek.

5. Akkor 2021-ben már az én intézményemet is értékelni fogják?

A projekt keretében megfogalmazunk egy szakpolitikai javaslatot. A rendszer bevezetéséről az egészségpolitikai döntéshozók határoznak. A javaslatban önkéntes belépést ajánlunk, azaz csak azok az intézmények és vezetők lépnek be, akik erre maguktól vállalkoznak. A Betegbiztonsági Kiválósági Hálózatba a tervek szerint az is beléphet, aki az értékelési és elismerési rendszerben nem kíván részt venni.

Rövid módszertani ismertető

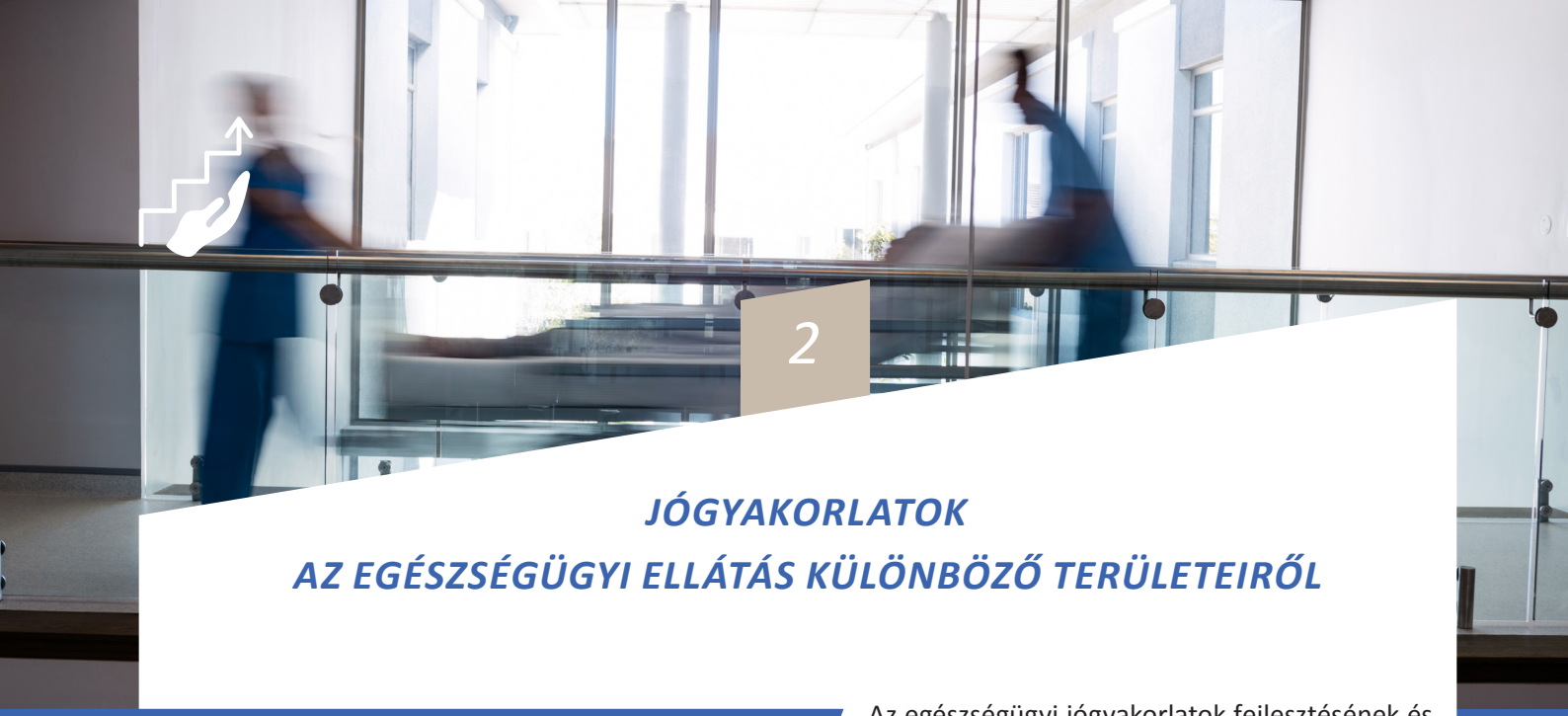
A fejlesztést szakirodalmi kutatással kezdtük a következő témakörökben: 1) Milyen a jó elismerési rendszer?; 2) a betegbiztonságot célzó vezetői elismerési rendszerek a világban; 3) az intézményi vezetés hatása a betegbiztonságra; valamint 4) a javasolt indikátorok által lefedett tevékenységek hatása a betegbiztonságra. Az indikátorokat a munkacsoport konszenzussal fejlesztette. Meghatározásukhoz a stratégiai munkacsoport problémalistáját és a szakirodalmi eredményeket vettük alapul. Az előállt indikátorlistát szintetizáltuk, és a SMART kritériumok felhasználásával prioráltuk. Az elvárásrendszer valamennyi indikátor esetében a következő kérdések alapján került meghatározásra:

1) Implementáció szintje és bonyolultsága
2) Formai és tartalmi követelmények
3) Ki jelenti az igazoló dokumentumokat? Hogyan? Mit? Mikor?
4) A beküldő hogyan biztosítja az adatainak validitását?
5) Hogyan történik a fogadó részéről a jelentés igazságtartalmának ellenőrzése?
6) Szükség van addicionális forrásokra az indikátor teljesítéséhez?
7) Milyen szűk keresztmetszetek adódhatnak, amelyek akadályozzák az indikátor teljesülését?

Az ezek alapján kidolgozott indikátorok teljesíthetőségét egy hat intézmény részvételével nyolc hónap alatt lebonyolított pilot-vizsgálatban teszteltük. A pilot tanulságai beépültek az indikátor-követelményrendszerbe, valamint a megvalósítás mikéntjére tett javaslatba. A javasolt program végleges változata a NEAK, mint elsődleges stakeholder vezetőinek észrevételei alapján alakul ki.

A fejlesztés részeként megvizsgáltuk, hogy a betegek által érzékelt gyógyulási mutatók (patient-reported outcome measures; PROM) alapján képzett minőségi indikátorok beépíthetők lennének-e az elismerési programba. Ennek megállapításához egy ETT engedéllyel rendelkező megvalósíthatósági kutatást végeztünk. Három, jól meghatározott betegségre koncentráltunk, három-három helyszín bevonásával: 1) az új COPD-s betegek, 2) az új depressziós betegek, 3) valamint az új, műtétre kerülő derékfájdalommal rendelkező betegek csoportjára. A kiértékelés kvalitatív (interjúk, kódolás, szintézis) és kvantitatív módszerekkel (adatelemzés és -kiértékelés) zajlik.

Felelős konzorciumi partnerek
Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ
Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő



2

JÓGYAKORLATOK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS KÜLÖNBÖZŐ TERÜLETEIRŐL

A biztonság nem egy eszköz, hanem egy gondolkodásmód. (Eleanor Everet)

Az egészségügyi jógyakorlatok fejlesztésének és terjesztésének célja a meglévő tudás és tapasztalat összegzése, megvitatása, kiemelése, strukturálása és rendelkezésre bocsátása volt a betegbiztonságot leginkább veszélyeztető témakörökben. A hazai alkalmazhatóság érdekében a munkát a hazai egészségügyi intézményekből származó jógyakorlatok gyűjtése alapozta meg, amelyekből többek között a témakör jelentősége, az érintett betegpopuláció nagysága, a szakterületek és munkaköri csoportok skálája, valamint a várható hatás és a kialakítás nehézsége alapján kerültek kiválasztásra a feldolgozandó területek.

Mind a fejlesztések, mind a képzések során arra törekedtünk, hogy az egészségügyi dolgozók felismerjék: pusztán az egészségügyi szakmai ismeretek nem elegendőek az ellátás kívánt eredményességének és hatékonyságának biztosításához. A szakmaiság csak olyan ellátási környezetben tud kiteljesedni, amit ahhoz igazítottunk, ezt pedig a meglévő folyamataink, rendszereink módszeres felülvizsgálatával és átalakításával érhetjük el.

A következő fejezetek az ellátás változatos területeiről szolgálnak példákkal a szakmai és menedzseri elemek e szinergikus összhangjára. Néhány témakörben (gyógyszerelés, antibiotikum-alkalmazás, műtéti ellenőrző lista, kórházi szerzett fertőzések) az elkészült jógyakorlat az adott témához kapcsolódóan kerül bemutatásra, néhány kérdéskörhöz kapcsolódóan pedig bővebb ismeretek szerezhetők az oki kutatások fejezetében. Utóbbiak így az újraélesztés, a nyomási fekély, a betegazonosítás és az éles–hegyes eszközökkel történő sérülések témájában nyújtanak további részletes betekintést a folyamatokban bekövetkező hibák lehetséges tényezőire, okaira.

A szakmai anyagok elérhetősége: https://jogyakorlat.betegbiztonsag.info/#/
Felelős konzorciumi partner:
Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ

A témablokk szerzői:

Dr. Safadi Heléna
Baranyi Ivett
Demeter-Fülöp Virág
Horkai Viktória
Kóder Fruzsina
Szabó Brigitta
Tarczi Lívia
Ugrin Irina

2.1.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI JÓGYAKORLATOK FEJLESZTÉSÉNEK RÖVID MÓDSZERTANI ISMERTETŐJE

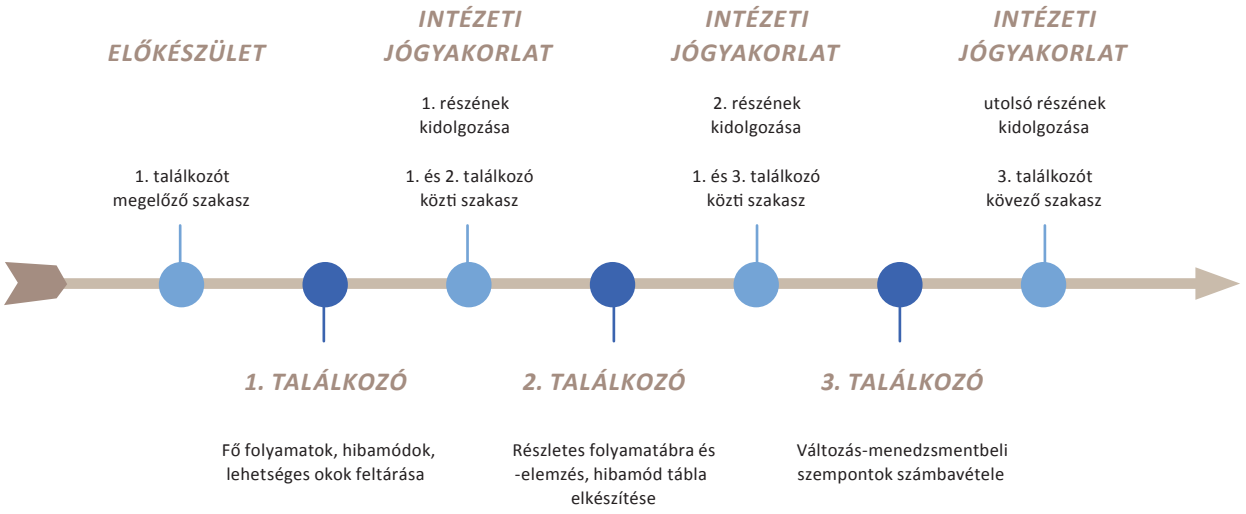
Az egészségügyi jógyakorlatok fejlesztési témáit két úton határoztuk meg. Egyrészt a projekt eleve nevesített tárgyköreit vettük alapul, másrészt a hazai intézetekből a felhívásunkra beérkezett és szakértők által értékelt gyakorlatokból válogattunk előre meghatározott kritériumok alapján.

Az egyes jógyakorlatok fejlesztése közel három hónapos időszakban, általában három személyes konzultáció közbeiktatásával zajlott.

A fejlesztők körét az alábbi szereplők alkották:

- a jógyakorlatot beküldő intézmények delegált szakértői, közvetlenül a betegellátásban dolgozó munkatársak;
- a témában jártas egyéb szakértők; valamint
- a fejlesztés módszertanában jártas moderátor(ok).

A fejlesztés általános menetét az alábbi ábra szemlélteti.



Az általános jógyakorlatok fejlesztése során alkalmazott minőségfejlesztési eszközök többnyire a folyamatábra és -elemzés, a hibamódok és okok azonosítása, a stakeholder-elemzés és a Kotter-féle változtatásvezetési modell voltak. Amennyiben a téma folyamatként nem volt jól kezelhető, az érintett rendszer elemeinek részletes vizsgálata váltotta fel a folyamatelemzés módszerét.

A fejlesztés eredményeként előállt általános jógyakorlatok egy-egy téma intézeti megvalósulásának feltérképezését, helyzetértékelését és a javítandó területek azonosítását segítik, míg az intézményi jógyakorlatok a különböző ellátói környezetben megvalósítható megoldásokat mutatják be, és példákkal szemléltetik a kialakítás különböző szempontjait.

2.2.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI JÓGYAKORLATOK OKTATÁSÁNAK RÖVID MÓDSZERTANI ISMERTETŐJE

A projektben fejlesztett egészségügyi jógyakorlatok implementációjának elősegítésére kontakt- és e-learning típusú képzések kialakítása történt meg.

A kontaktképzések jellemzően kiscsoportos keretek között, két egész napos formában kerülnek megszervezésre oly módon, hogy azokra intézményenként négy-öt fős csapatok jelentkezését várjuk. A csapat összeállítását olyan munkatársakból javasoljuk, akik az adott témában gyakorlati ismeretekkel rendelkeznek, hitelesek, bírják a menedzsment támogatását és megfelelő hatáskörrel rendelkeznek. Ez biztosítja, hogy a résztvevő csapat már a képzések alatt együtt tudjon dolgozni az intézeti folyamataik értékelésén és megújításán, valamint megismerhesse a másik néhány intézet aktuális gyakorlatát.

A képzés első alkalmával a folyamat részletes megismerése, a lehetséges hibák és okok számbavétele történik meg olyan módon, hogy a résztvevők alkalmassá válnak a saját intézetük gyakorlatának helyzetértékelésére és a lehetséges megoldások átgondolására. A két alkalom közti körülbelül háromhetes időszakban a résztvevők a kapott módszertan segítségével a saját intézményi gyakorlatuk elemzésén és kritikus pontjainak azonosításán, valamint a lehetséges megoldások összeállításán dolgoznak. A képzés második alkalmán az intézetek által felvázolt fejlesztési lehetőségek bevezethetőségének és megvalósíthatóságának a kérdésköre kerül áttekintésre. Ennek során a résztvevők iránymutatást kapnak ahhoz, hogy eldöntsék, melyik fejlesztések megindítása járhat egyáltalán sikerrel, milyen ellenállási tényezőkre számíthatnak, és hogyan lehet ezeket kezelni.

A képzések oktatói a jógyakorlat fejlesztési folyamatában is részt vevő, tapasztalt szakemberek, akik módszertani felkészítést kaptak a képzések vezetéséhez.

A képzési módszertant, az oktatások szervezési szempontjait és az oktatókkal kapcsolatos megfontolásokat is úgy alakítottuk ki, hogy azok lehetővé tegyék a képzések különböző ellátási formákra történő adaptálhatóságát. Ennek megfelelően a kórházakon kívül a járóbeteg-ellátók és még a szociális intézmények számára is valósítottunk meg képzéseket.

Az e-learning típusú képzéseket az érdeklődésre leginkább számot tevő témákban alakítottuk ki, alapul véve és felhasználva a kontaktképzések tapasztalatait. A fókuszban ezúttal is a szóban forgó témakör szervezési ismeretei állnak. Az ismeretanyagot interaktív és dinamikus formába rendeztük úgy, hogy az a szakterülettől és a munkakörtől függetlenül valamennyi érdeklődő szakember számára segítsen rálátást szerezni a kérdéskör kiemelt pontjaira, és – elsősorban – a mindennapi gyakorlat egyénenként is megváltoztatható aspektusaira. Az e-learning tananyagok ily módon támogatást nyújtanak a kontaktképzések hatására megindított intézeti fejlesztésekhez, hiszen a változtatásokban érintett munkatársak széles köre számára rövid idő alatt és eredményesen tudják bemutatni a fejlesztések hátterét, kiindulási pontjait, és segítenek a probléma és a megoldások közös megértésében. Másrészt azonban a kontaktképzésektől függetlenül, bárki számára hasznos, akár egyéni kezdeményezések megindítását is szolgálhatja, természetesen a témakör alapvető ismereteinek megszerzésén túl.

Mind a kontakt-, mind az e-learning képzések esetén alapvető törekvés volt a képzések akkreditációja, így az esetek nagy részében a képzés teljesítése SZAFTEX- és kisebb részben OFTEX-pontok megszerzését is lehetővé teszi.

2.3.

INTERJÚK A JÓGYAKORLATOKRÓL

Az egészségügyi jógyakorlatok gyűjtésével, fejlesztésével és terjesztésével foglalkozó munkacsoport a kezdetektől tudta, hogy tervezett tevékenysége meglehetősen testidegen lesz az egészségügyi szakemberek számára. Szemléletmódjukban, módszereik eredményességében és korábbi tapasztalataikban bízva azonban egy pillanatig sem inogtak meg abban a hitükben, hogy munkájuk valóban az egészségügyi intézmények fejlődését, a dolgozói közösségek épülését és végső soron a betegek javát szolgálja majd. Most, a képzések végeztével olyan résztvevőkkel beszélgetünk e cél eléréséről, akik különböző funkciókban voltak részesei a projektnek.

Interjúalanyaink: **Dr. Mikos Borbála,** *a Bethesda Gyermekkórház Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztályának vezetője, több jógyakorlat fejlesztője és oktatója,* **Dr. Müller Anna,** *a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Népegészségtani Intézetének mestertanára, a jógyakorlat-képzések szegedi decentrumának vezetője és* **Laufer Éva,** *a Bonyhádi Kórház és Rendelőintézet ápolási igazgatója, valamint minőségirányítási vezetője, számos jógyakorlat-képzés résztvevője.*

Mi volt az első benyomásuk, amikor a Jógyakorlat Munkacsoport tevékenységéhez csatlakoztak?

Dr. Mikos Borbála (MB): Jómagam elsőként az újraélesztéssel kapcsolatos jógyakorlat-fejlesztő csapatába kaptam meghívást. Újszerűnek találtam, hogy olyan kollégákat invitáltak meg, akik az ezzel kapcsolatos problémákkal és feladatokkal a mindennapi hivatásuk gyakorlása során találkoznak. Minden területről érkeztek kollégák, illetve több munkakör is képviseltette magát. De a fejlesztésen nem az újraélesztés szakmai tartalmát boncolgattuk, és ezért kezdetben ódzkodtam is attól, hogy orvosként veszek ebben részt, nem értettem, miért közelítjük meg olyan sokoldalúan ezt a kérdést. A mi intézetünkben is működik újraélesztő team, mégsem gondoltam, hogy ezen túl még ezer tényezőnek lenne szerepe abban, hogy is alakul végső soron a teljes folyamat. Hihetetlen és izgalmas volt számomra, hogy hány száz ponton sérül egy ilyen beavatkozás sikere, és hány embernek van szerepe benne. Az is izgalmas volt számomra, hogyan érhetjük el ezeket a kollégákat, akik nem feltétlenül csak orvosok vagy szakdolgozók, hogyan közelítsük meg őket és tegyük érdekeltté a kérdésben úgy, hogy a magukénak érezzék azt. Az így elkészült anyagok ezért nem csak elvi síkon, rendeletek, jogszabályok, kiadott szakmai irányelvek mentén születtek meg, és így váltak valóban a betegellátás hasznára.

Dr. Müller Anna (MA): Én a jógyakorlat-képzések szegedi decentrumának szakmai koordinációját, felügyeletét vállaltam a csapatban. A csatlakozásom mégis jóval hamarabb, már a projekt elején megtörtént, amikor még nemhogy a képzések, de maguk a jógyakorlatok sem kerültek kifejlesztésre. A folyamatot az első percétől követhettem, részesévé lettem annak a jógyakorlatok gyűjtésétől kezdve az értékelésükön át egészen a pilot-fejlesztésig. Éppen ezért mire a képzések szervezéséhez értünk, már mindannyian megismertük és azonosultunk a jógyakorlatok logikájával, és így hitelesebben tudtuk azt a decentrumi képzések során is képviselni, ill. továbbadni. Nem egy szokványos oktatásról volt szó. És ugyanígy volt ez az oktatók megválasztásával is: nagyon jó gondolat volt a projekt vezetői részéről, hogy az oktató a jógyakorlatok fejlesztői közül kerüljön ki. Ők ugyanis tapasztalati alapon rendelkeztek olyan ismeretekkel a kérdéskörről, amelyek abból fakadtak, hogyan alakították ki a megoldást a saját intézményükben, fejlesztőként pedig gyakorlatilag a jógyakorlat minden csínját-bínját elsajátították. Élvezetes volt hallgatni azokat az embereket, akiket az egész folyamat birtokosainak lehet mondani, akik

tudják, hol kell jól irányzott gondolatébresztő kérdéseket felvetni és ily módon közel vinni a hallgatóságot a megoldáshoz. Nagy tudású, nagy tapasztalattal bíró, szerény emberek voltak, akik ugyanakkor határozott szakemberekként navigálták végig a képzéseket, és semmiféle téren nem lehetett őket megfogni.

Miben voltak mások a jógyakorlat-képzések az orvosi vagy szakdolgozói továbbképzésekhez képest?

MA: A hangsúlyt itt elsődlegesen nem az elméletre helyeztük, hanem a szervezési kérdésekre, a tevékenységekre, a módszertanra, a gyakorlati megvalósításra, és ilyen szempontból úttörő programról van szó. Az oktatók, a fejlesztők valahol a gondolkodásmód megváltoztatására próbáltak törekedni, és emellett olyan technikákat ismertettek meg a résztvevőkkel (pl. a stakeholder-analízist vagy az erőtérelemzést), amelyek segítettek nekik azonosítani, hogy a fejlesztéseik során kikre lehet számítani, kik a közömbösek, kik azok, akik megnyerhetők, és kik azok, akik valószínűleg ellenállnak majd a változtatásoknak. De lehetőségeket mutattak arra vonatkozóan is, hogy hogyan lehet a munkatársakat megnyerni, hogyan lehet közösen eljárásrendet fejleszteni és okulni mások megoldásaiból.

***Laufer Éva* (LÉ):** Ha egy szóval kellene jellemeznem a képzéseket, azt mondanám: inspiráló. De még azt is mondhatom, hogy professzionális és jó hangulatú. A képzésekre témától függetlenül mindig egy csapatot kellett küldeni az intézményből. Fontos, hogy ezt a teamet jól kell összeválogatni, hogy tényleg olyan emberek vegyenek részt ebben a saját kis programban, akik nyitottak rá, illetve akik kulcsemberek, így jó, ha több helyről jönnek, és ott egyfajta „kényszerű együttműködésre" ítéltetnek, mert ebből nagyon jó szokott kisülni. A képzés során olyan módszertani elemeken (pl. folyamatelemzés, hibamódkutatás stb.) mentünk végig, amelyek elsőre minőségügyi ismereteket feltételeznének, de az oktatók oly módon vezették ezt végig, hogy a gyakorlat során a részt vevő kollégák meg tudták tanulni, beleláttak egy ilyen folyamatnak az elemzésébe, úgy láthattak bele, hogy a részesei voltak annak. Ezáltal egyszerűen megértették ennek az egésznek a jelentőségét, mibenlétét, és innentől már belülről fakadt minden kezdeményezésük. Ezt nagyon komoly erősségnek tartom. Közös csapatmunkát igénylő feladat volt, közös volt a fókusz, együtt kellett gondolkodni. Olyan kollégákkal is, akikkel a mindennapokban nem szoktak, mert nincsenek olyan közeli munkakapcsolatban, de ez a program összehozta őket. Ez egyébként az intézményen belüli kohéziót is erősítette.

Személy szerint mit adott Önöknek a jógyakorlatok projekt?

MB: Én személy szerint rendkívüli változáson mentem át például azt illetően, hogy miként készítsünk protokollokat. Mindig nagyon nagy lelkesedéssel követtem a szakirodalmat, ez a személyes attitűdömből adódik. Sorra gyártottam a szakmai protokollokat az intenzív osztályunknak. Aztán jól megbántódtam azon, hogy közzétettem, mappába fűztük, és amikor szóba került egy betegellátási probléma, kiderült, hogy a dolgozónak fogalmuk sincs róla, pedig én éjt nappallá téve dolgoztam rajta. Rájöttem, hogy ez így egy kicsit öncélú, mivel a munkatárs csak azt érzi, hogy megint őt szabályozzák, az én akaratom szerint kell eljárnia, és ez ellenállást vált ki benne, ahelyett, hogy azt érezné, „de jó, hogy van ez a protokoll és segít nekem a mindennapi munkában". Ehhez viszont munkacsoport kell felkért, bevont tagokkal, a döntési pontokat egyeztetni kell, ami türelmet és sok-sok kommunikációt igényel. Én ebből rendkívül sokat tanultam és remélem, hogy jól látom és nem az elfogultság beszél belőlem, de nálunk az utóbbi években valóban így készülnek a szakmai protokollok, és ez olyan jó érzés. Teljesen megfordult a helyzet: most a kollégák veszik elő azokat, sőt ha jönnek hozzánk külső szakmai gyakorlatra, nekik is büszkén mutogatják, hogy nekünk erről van szakmai protokollunk. Nekem ez nagyon nagy sikerélmény volt.

LÉ: Mi is elég sok szabályzatot, protokollt, munkautasítást átdolgoztunk a projekt eredményeként. Személy szerint nagyon jónak tartom, hogy a képzésekbe orvosokat is be kellett vonni, mert azokat, akik ott voltak, egyszerűen beszippantotta a történet. Márpedig egy minőségügyisnek sokkal könnyebb

eredményeket elérni így, hogy az orvosoknak jó benyomásuk van a minőségügyi szemléletről.

MA: A magam részéről nagy megtiszteltetés volt, hogy ebben a programban a születésétől kezdődően a kontaktképzések lezárásáig és az e-learning anyagok teszteléséig részt tudtam venni. Hálás vagyok, amiért megadatott nekem e közel három év számos esetben elég fajsúlyos tevékenységgel megáldott időszakasza, mivel így részese lehettem ennek az épülésnek, ennek a haszonnak, az eredményre való törekvésnek. Olyan kollegialitást éreztem itt a képzési decentrumok részéről is, amit példaértékűnek gondolok. Pozitív hozadék az is, hogy tágultak az ismertségi köreink, kapcsolatok, sőt közösségek épültek. Számos egészségügyi intézményből delegált vagy önként jelentkező személyek, akik nemcsak egyetlen jógyakorlat iránt érdeklődtek, hanem több képzésen is részt vettek, egy idő után jó szívvel, szinte már „haza" jöttek hozzánk. Ez nagyon jó érzés volt. Arról nem beszélve, hogy elkötelezett, tényleg kitartóan dolgozó kollégák munkáját tapasztalhattam meg, még az időnként előadódó nehézségek menedzselésében is.

Mit tanácsolnak a jövőre vonatkozóan?

MB: Őszintén szólva, amikor számomra nyilvánvalóvá vált a jógyakorlatokra is jellemző gondolkodásmód eredményessége, akkor jöttem rá, hogy „Úristen, ezt fiatalon kellett volna megismerni!". Nem tudom, mi a megoldás, de valahogy oktatni kellene az orvostanhallgatóknak is, sokkal inkább be kellene vinni ezt a szemléletet a képzésükbe. Ott is meg kellene találni a méltó helyét nemcsak a jógyakorlatoknak, hanem a betegbiztonsággal és az egészségügyi menedzsmenttel kapcsolatos ismeretek megszerzésének is. Gyökereiben változtatná meg őket, egészen más attitűddel kezdenének el dolgozni és beilleszkedni.

LÉ: Mindenképpen örülnék, ha lenne ennek a programnak folytatása, akár új témakörökben is. Hasznos volna témajavaslatokat kérni az intézményektől arra vonatkozóan, hogy melyek azok a szürkezónás területek, amelyekkel kapcsolatban érdemes hasonló fejlesztéseket és képzéseket szervezni. Azok számára ráadásul, akik az eddigiekből elsajátították a módszereket és alkalmazásukat, már sokkal könnyebben menne az új területek feldolgozása és megújítása.

MA: Én is ajánlanám ezt a képzést mindazoknak, akik valamilyen oknál fogva intézményi szinten nem voltak részesei ennek a programnak, mert ők még nem tudják, miről maradtak le. De a már ismert intézmények más összetételű csapatainak sem volna kevésbé hasznos a részvétel, abban pedig bízva bízom, hogy a korábbi résztvevők továbbviszik és átadják megszerzett ismereteiket a munkatársaiknak. Hiszen az egyik kulcsfontosságú ebben az egész programban a nyílt kommunikáció. A képzések során az oktatóknak minden esetben sikerült elérniük, hogy a résztvevők megnyíljanak és beszélni merjenek a problémákról, így számos megoldásra lehetett rámutatni, az intézetek pedig egymástól is tanulhattak. Mindannyiunknak jó érzés volt látni, hogy más is küzd nehézségekkel, és hogy sokszor ugyanazok a problémás pontok, amelyekre viszont meg lehet találni a szükséges beavatkozásokat. A résztvevők megértették és megérezték az ebben rejlő lehetőséget, és ez mutatja azt, hogy meg kell próbálni a saját intézményünkben is megteremteni ezt a nyílt kommunikációt. Mert ha ez megvan, az akkora akadályt gördít el a jógyakorlatok beépítése elől, hogy megkérdőjelezhetetlen lesz annak sikere.

2.4.

AZ ÚJRAÉLESZTÉS INTÉZETI FOLYAMATA

Az újraélesztés sikerének kulcsa, hogy minél hamarabb kezdjük azt meg. Az egészségügyi intézmények gyakorlatában manapság ez az a tényező, amelyet a legnehezebb biztosítani: néhány perc alatt felismerni a helyzetet, riasztani a kompetens személyeket, megkezdeni az újraélesztést és a helyszínre juttatni a szükséges eszközöket. Ez csak jól átgondolt, megszervezett folyamattal biztosítható – ehhez nyújt segítséget a jógyakorlatunk.

1. Vajon melyek az újraélesztés folyamatának kritikus pontjai és hogyan áll azokkal az intézetem?

A fejlesztésben részt vevő szakértők elemzése alapján a folyamat akár negyven lépést is magában foglalhat (lásd az általános jógyakorlat folyamatábráját a honlapunkon), amelyek közül a legtöbb problémát általában az alábbiak jelentik:

- a segítségre szoruló személy időben történő észlelése és állapotának azonnali, szakszerű felmérése;
- az újraélesztés azonnali megkezdése és a team riasztása az információk pontos és releváns átadásával;
- az újraélesztő team és táska (vagy eszközök, gyógyszerek) időben történő helyszínre érkezése.

Ezek és a folyamat valamennyi pontjának intézeti vizsgálatát az általános jógyakorlat folyamatábrája, folyamattáblája és hibamód táblája segíti, amelyek vezérfonalat nyújtanak a szereplők, a szükséges információk, eszközök és a különböző kapcsolódási pontok, lehetőségek felméréséhez.

2. Az egyes lépések adekvát kialakítása nagyban függ az intézet sajátosságaitól. Honnan tudom meg, hogy melyik megoldás lesz a legcélravezetőbb a mi esetünkben?

Teljesen más megközelítést igényel az újraélesztés intézeten belüli megszervezése egy szakrendelőben és egy kórházban, pavilonrendszer esetén vagy egy tömbkórházban, intenzíves háttér rendelkezésre állása esetén vagy anélkül. Az általános jógyakorlat lépései azonban minden esetben részét képezik a gyakorlatnak nem csak az újraélesztés, hanem bármely jógyakorlat esetén, így azoknak a saját intézetünkben való végiggondolásával testre szabhatjuk a folyamatunkat. Az egyes megvalósítási lehetőségekhez hasznos mintákat szerezhetünk a hazai környezetben már működő intézeti jógyakorlatokból. Ezek a példák elérhetőek a Jógyakorlatok Online Katalógusában, ahová újabbakat is be lehet küldeni ezen a felületen: https://jogyakorlatok.betegbiztonsag.info/#/contribute.

3. Mindez egy összetett, többszereplős feladat. Honnan kaphatok segítséget a megvalósításához?

A már említett anyagainkon kívül képzéseink segítséget nyújtanak a kritikus pontok azonosításában, valamint a fejlesztések kialakításában és bevezetésében is. Kontaktképzéseinken – témakörtől függetlenül – az intézet érintettjeinek képviselői csapatmunkában, minőségfejlesztési eszközök moderált alkalmazásával, valamint az implementációs folyamat érzékeny kérdéseinek átgondolásával jutnak el a folyamat sikeres helyi adaptációjához. Az eddigi képzéseink emellett hozzájárultak az aneszteziológia és/vagy a sürgősségi ellátás, illetve más szervezeti egységek közti termékenyebb együttműködéshez is. A jövőben szükség szerint lehetőséget biztosítunk a további szakmai támogatásra és képzésekre; igényüket, kérjük, itt jelezzék: jogyakorlatok@emk.semmelweis.hu

4. Konkrétan milyen eredményeket értek el a programban részt vevő intézetek a képzések hatására, és hogyan látták a résztvevők az oktatást?

47 egészségügyi intézmény visszajelzése alapján a képzés hatására sikerült:

- az újraélesztésre vonatkozó képzéseket kiterjeszteni új munkaköri csoportok, illetve szervezeti egységek felé, és jelentősen növelni a résztvevők számát;
- módszertanilag és tartalmilag is megújítani a képzéseket; továbbá
- beszerezni az újraélesztéshez és annak oktatásához szükséges eszközöket.

Résztvevőink mondták:

„A képzés hozzájárult szakmai fejlődésemhez, az előadóktól és a képzésben résztvevő, más intézményekből érkezett kollégáktól hasznos információkra tettem szert. Emberileg megerősített a hivatásszeretetemben, elkötelezettségemben."

„Egy újraélesztés sok kis apró tényezőn elcsúszhat, amelyek kivédhetők. Intenzíven, rövid idő alatt infrastrukturális tippeket is kaptam egy sikeres újraélesztéshez. A tanfolyam óta felismertem a kórház hibáit, de már a fejlődés útjára léptünk. A személyzet edukálását is elindítottuk, nem csak az ápolókat, hanem a kiszolgáló személyzetet is oktatjuk. Mindezekhez hasznos tudást sajátítottam el, melyet a napi gyakorlatban a kórházi adottságokhoz adaptáltan igyekszem alkalmazni."

5. Hogyan tudok a témával kapcsolatban gyorsan, alapvető ismereteket eljuttatni a munkatársaim számára?

Az újraélesztés intézeti folyamatának lényeges, általános mondanivalóit a kontaktképzések tapasztalatai alapján e-learning formájában is megfogalmaztuk. A dinamikusan felépített, interakcióra irányuló, egyéni tempóban elvégezhető képzésünk bármely munkakör vagy szakterület számára az intézet jellegétől és az ellátási formától is független módon mutatja be a témakört. A napirendhez rugalmasan illeszthető kurzusok ezzel nemcsak a kontaktképzéseink résztvevőinek nyújthatnak ismétlési lehetőséget, hanem izgalmas, új megközelítést jelenthetnek bármelyik egészségügyi szakember vagy abban dolgozó más szereplő számára is.

2.5.

A NYOMÁSI FEKÉLY MEGELŐZÉSÉNEK ÉS ELLÁTÁSÁNAK INTÉZETI FOLYAMATA

A nyomási fekély ellátása egyre nehezedő terhet ró az egészségügyi ellátórendszerre: növelheti az ápolási napok számát és az ellátás költségeit, sőt az intézmény hírneve, az ellátás színvonalának megítélése is romolhat. A kockázatmenedzsment, valamint a nyomási fekélyes betegek gyógyításának összetettsége az ellátórendszer magas színvonalú technikai és egyéb fejlettsége mellett is felelősséget és holisztikus szemléletű, átfogó gondolkodást vár el az egészségügyi szakemberektől. A nyomási fekély megelőzésére és kezelésére irányuló jógyakorlat alkalmazása segíthet a hatékonyabb prevencióban, a nemkívánatos esemény minél korábban történő felismerésében, valamint a hatásosabb és eredményesebb kezelésében.

1. Miért lehet kulcskérdés a nyomási fekély problémakörének kézben tartása egy egészségügyi intézmény számára?

Hazánkban nincsenek számadatok a nyomási fekélyek gyakoriságára vonatkozóan, de az előfordulásuk széles határok között változhat. Egy amerikai tanulmány szerint a nyomási fekély előfordulása az aktív fekvőbeteg ellátásban 0,4–38%, a hosszú ápolási idejű intézményekben 2,2–23,9%, az otthonápolásban pedig 0–17% közötti.

A nyomási fekélyek kezelése jelentős pluszkiadásokkal terheli meg az ellátórendszert. Egy holland tanulmány szerint az erre fordított költségek a harmadik helyen állnak a rákbetegségek és a kardiovaszkuláris rendszer betegségeinek gyógyítására szolgáló kiadások után. Az ellátáshoz szükséges diagnosztikai vizsgálatok, a gyógyszerterápia, valamint a kötszerek költségei, csakúgy, mint a prevenciós és terápiás költségek is, magasak.

A nyomási fekély kialakulása és a kórházi ápolási idő között szignifikáns összefüggés van. A betegek 50%-kal hosszabb időt töltenek kórházban a nyomási fekély miatt, amely maga után vonja a kórházi ápolási költségek megnövekedését is, valamint növeli az egy betegre jutó ápolási munkaórák számát is, ezzel pedig az ápolói leterheltséget is, hiszen a sebek kezelése és a súlyosabb állapotú beteg ellátása többletmunkát jelent, és más teendőktől vonja el a figyelmet és az energiát.

2. Milyen ellátási területek és kik érintettek ebben a témában?

Bár elsőre azt gondolnánk, hogy a nyomási fekély kérdésköre leginkább a krónikus és ápolási osztályok sajátossága, valójában az akut ellátás is legalább annyira érintett benne. Sokszor éppen ennek a figyelmen kívül hagyása vezet ahhoz, hogy intézetünkben elmulasztjuk megtenni a leghatékonyabb megoldás, vagyis a megelőzés lépéseit. A nyomási fekély témaköre ezen túlmenően a kórházi ellátáson kívül is releváns marad, gondoljunk csak az otthoni szakápolásra vagy a hospice-ellátásra. Jógyakorlat-képzéseink visszajelzése alapján a szociális ellátás területén is igencsak nagy az igény a kapcsolódó ismeretek megszerzésére, és az élethelyzetükből adódóan sokan magánszemélyekként is hasznosították a tanultakat a képzést követő időszakban.

Bármely területen is alkalmazzuk, a jógyakorlat logikája mindenhol ugyanaz marad, s ez lehetővé teszi, hogy bárki hasznát vegye az általános jógyakorlatoknak és az e-learning képzésünknek is, szakképesítéstől és munkakörtől függetlenül. A jövőben szükség szerint biztosítunk lehetőséget a további szakmai támogatásra és képzésekre; igényüket, kérjük, itt jelezzék: jogyakorlatok@emk.semmelweis.hu.

3. Miképpen tudnám feltérképezni, hogy hogyan állunk a nyomási fekély kérdéskörével a saját intézetünkben?

Ezt a célt szolgálja az általános jógyakorlat, mely átfogó képet nyújt a nyomási fekély megelőzésének és ellátásának folyamatáról, és iránymutatást ad a meglévő gyakorlat felülvizsgálatához és szükség szerinti átalakításához. A folyamatábrákkal részletesen, lépésről lépésre mutatja be a nyomási fekély kockázatfelmérésének és az ennek alapján meghatározható öt kockázati csoportnak megfelelő teendők lépéseit, a megvalósításukban részt vevő személyeket és a dokumentációs szükségleteket. A folyamattábla és a hibamód tábla további segítséget nyújt az esetleges kritikus folyamatlépések, illetve a hibák és a háttérben fennálló feltételezett okok felmérésére.

4. Hogyan tudja támogatni a nyomási fekély megelőzésének és ellátásának folyamatát a decubitus-team?

A nyomási fekély megelőzése és ellátása igazi csapatmunkát igényel. Az intézmény nagyságától, illetve a nyomási fekély előfordulásának gyakoriságától függően érdemes fontolóra venni egy ún. decubitus- vagy sebkezelő team felállítását, amelyik intézeti szinten biztosítja a terület szakmai felügyeletét és koordinációját. A team feltérképezheti a nyomási fekély megelőzését és kezelését segítő eszközparkot és az elérhető gyógyászati segédeszközöket, így az intézeten belül lehetőség nyílik az optimális elosztásra, átcsoportosításra, felügyeletre és karbantartásra. A team által nyújtott segítség révén (az ellátási stratégiák kialakításában való részvétellel vagy a sebkezeléssel stb.) az ápolók leterheltsége is csökkenhet. A team mindennapi munkája során lehetőség nyílhat az oktatásra és az egyeztetésre is az ellátók között. A decubitus- vagy sebkezelő team további előnyeiről, összetételéről, feladat- és hatásköréről ugyancsak az e-learning tananyagunkban olvashat részletesen.

5. Miért célszerű gondoskodnom a munkatársak rendszeres oktatásáról?

A megfelelő képzettségű személyzetnek jelentős szerepe van a szakmai irányelvek hatékony alkalmazásában és a prevencióban, a progresszió megelőzésében és a minőségi betegellátásban. A nyomási fekély eredményes kezelésének egyik fontos feltétele a gyógyításban részt vevő szakemberek összehangolt, egymásra épülő, egymást kiegészítő tevékenysége. Ebben, a naprakész tudás megszerzésében, az irányelvek ajánlásainak érvényesítésében és a biztonságos ellátás megvalósításában elengedhetetlen a munkatársak rendszeres képzése. Az oktatási programot be lehet építeni az intézet nyomásifekély-prevenciós és -kezelési gyakorlatának felülvizsgálatába is. A munkatársak oktatását támogathatja a mindenki számára elérhető és saját ütemben feldolgozható e-learning képzésünk is.

2.6.

A PERIOPERATÍV FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS

A fájdalom nem csupán egy szubjektív, negatív érzés: számos hátrányos következménye van az emberi szervezet működésére rövid és hosszú távon egyaránt. A nem megfelelő perioperatív fájdalomterápia a műtét utáni időszakban olyan légzési és keringési, véralvadási és bélműködési zavarok kialakulásához járulhat hozzá, amelyek bizonyítottan növelik a műtéten átesett betegeknél a kórházi szövődmények arányát és a halálozást. Napjainkban ezt nem a farmakológiai és technikai hiányosságok okozzák, a hiba sokkal inkább abban rejlik, hogy a perioperatív fájdalomcsillapítást nem integráljuk az ellátási folyamatainkba.

1. Miért menedzsment-kérdés a perioperatív fájdalomcsillapítás intézeti gyakorlata?

Az elmúlt évek, évtizedek alatt a fájdalomcsillapítás multimodális területté nőtte ki magát, olyan új eszközök és módszerek megjelenésével, amelyek új szakmai és technikai készségek elsajátítását is szükségessé tették, mint például a különböző epidurális érzéstelenítési módok. Jellegükből adódóan ezek leginkább az aneszteziológiai és intenzív terápia szakmájába integrálódtak, ugyanakkor a betegeket a műtétjeiket követően legtöbbször valamely sebészeti osztályon helyezik el, ahol kikerülnek az aneszteziológusok látóköréből, és a posztoperatív fájdalomcsillapítási teendőket sebészorvosok, illetve ápolók végzik. Ebből is látszik, hogy a perioperatív fájdalomcsillapítás multidiszciplináris feladat, amely komplex teammunkát igényel, a feladat-, hatás- és felelősségi körök átlátható rendezésével.

2. Min szokott leginkább elcsúszni a folyamat?

A műtéten áteső beteg ellátásának pre-, intra- és posztoperatív szakaszában több szakterület és azokon belül is más-más szakemberek vesznek részt közvetlenül. Köztük sok esetben nincs meg a kívánt koordináció. A fájdalomcsillapítás preoperatív megtervezéséhez és a premedikáció elrendeléséhez aneszteziológiai és sebészi jellemzők együttes ismeretére van szükség. Az adekvát intraoperatív fájdalomcsillapítás megvalósításához már a műtéti beosztások elkészítésekor figyelembe kell venni a rendelkezésre álló szakemberek és eszközök lehetséges allokációját. A beteg posztoperatív ellátásának alapját a műtéti érzéstelenítést végző aneszteziológus javaslata képezi, a kívánt terápia viszont csak akkor lesz eredményes, ha a műtétet követően is rendszeresen végbemegy a fájdalommérés, illetve aszerint a beavatkozások. De vajon az aneszteziológus premedikációra vagy posztoperatív fájdalomcsillapításra tett javaslatát honnan ismeri meg a műtétes osztály orvosa, ápolója, és vajon ki lesz az, aki a javaslat alapján elvégzi ezeket a lépéseket? Ki lesz a felelős a fájdalom méréséért, hogyan végezze azt, és kinek szóljon a kritikus esetekben? Ezekre a kérdésekre különböző válaszok adhatók, és egy-egy intézetben más és más lehet a legjobb megoldás. Mindez a helyi jellemzőktől függ, amelyeknek a számbavételében segít a témakör általános jógyakorlata, míg a lehetséges válaszokra az egyes intézményi jógyakorlatok mutathatnak rá.

3. A perioperatív fájdalomcsillapítás tehát a szakmák együttműködését igényli. Hogyan tudom elérni ezt?

Két fontos üzenet megértésére van szükség ahhoz, hogy bármelyik szakma megtegye a szükséges erőfeszítéseket. Egyrészt annak a tudatosítására van szükség, hogy egy jól szervezett folyamat esetén a beteg gyorsabban gyógyul, hamarabb hagyhatja el a kórházat, elégedettebb is lesz, és ez közös célt szolgál. Másrészt létfontosságú, hogy mindenki számára világos legyen: egyik szakterület vagy szakember sem vesz el feladatot a másiktól, egyik sem „szól bele” a másik munkájába. Az együttműködést ezen túl a közös,

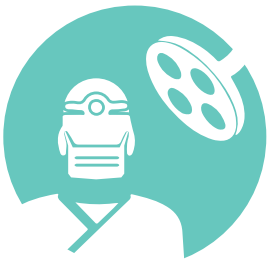
egységes dokumentáció segítheti, amely a folyamat lekövetésével teszi lehetővé, hogy a fájdalomcsillapítással kapcsolatos információk valamennyi érintett számára egy helyen legyenek elérhetőek. Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Aneszteziológia és Intenzív Terápiás Tagozata, valamint a Magyar Fájdalomtársaság közreműködésével és jóváhagyásával megszületett, Posztoperatív Átadó- és Fájdalommegfigyelő Lap pontosan ezt hivatott támogatni.

4. Mi az az APS-team, és mennyire releváns ez hazai környezetben?

Számos országban láthatunk példát ún. fájdalomcsillapító csoportokra (APS Team – acut pain services team), amelyek intézeti szinten látják el – elsősorban a komplexebb esetekben – a fájdalomcsillapítás feladatait. Az egyes APS-modellek sokban különbözhetnek egymástól, de mindegyikben közös, hogy a rendszerben jelen van az aneszteziológus, és a tagok kompetenciáiknak megfelelően, protokoll szerint járnak el, rendszeres betegvizitekkel. Hazánkban egyelőre nem alakult ki rendszerszinten az APS-teamek megszerveződése, de a különböző megvalósítási formáikra már láthatunk mintákat a Jógyakorlatok Online Katalógusának témához illeszkedő intézményi jógyakorlatai között. Fontos megjegyezni, hogy a perioperatív fájdalomcsillapítás feladatait és az APS-teamek lehetséges szerepét minden esetben a helyi viszonyokhoz és szükségletekhez igazodva kell kialakítani. Bővebben az APS-team szereplőiről, céljairól és feladatairól a kapcsolódó e-learning képzésünkben is olvashat.

5. Honnan sajátíthatják el a dolgozók a perioperatív fájdalomcsillapítás korszerű ismereteit?

A témakör sajnos leginkább csupán az aneszteziológus szakma továbbképzéseinek részeként jelenik meg, márpedig ez önmagában kevés ahhoz, hogy egy többszakmás együttműködésen alapuló folyamat működni tudjon. Jógyakorlat-képzéseink leginkább a fejlesztések szükségszerűségének felismerésében, a lehetőségek számbavételében és a szakmák közös gondolkodásának megteremtésében segítették a résztvevőket. Elkészült anyagaink megismerhetők Katalógusunkban és e-learning képzésünkben. Kontaktképzés igénye esetén pedig, kérjük, keressen bennünket a jogyakorlatok@emk.semmelweis.hu e-mailcímen.



2.7.

A KÉTLÉPCSŐS ONKO-TEAM ÉS A PALLIATÍV TEAM-MODELL

Az elmúlt évek, évtizedek daganatos megbetegedések elleni küzdelme jelentős vívmányokat hozott az egészségügyben. Ez egyszerre teremtette meg az ellátás multidiszciplináris jellegének kiszélesedését és az egyes szakmák e területen történő specializálódását is. Ennek ellátási környezetbe illesztése számos szervezési kérdést vet fel, amelyekre két példát szolgáltat a kétlépcsős onko-team és a palliatív team-modell bevezetése.

1. A sokszakmás onko-team-ülések gyakran órákig elhúzódnak. Hogyan segít ezen, ha kétlépcsőssé tesszük őket?

Bár elsőre furcsán hangzik, a kettébontás mégis rugalmasabb gyakorlatot tesz lehetővé: a társszakmák közös tudását igénylő döntések a sokszakmás onko-teameknél maradnak, míg a pusztán onkológiai terápiára vonatkozó részletkérdések – mint a dózisok, kombinációk, ütemezés stb. – megtárgyalását az onkológus és a sugárterápiás szakemberek külön teamjére hagyhatjuk. Ezáltal nemcsak a társszakmák orvosainak idejét tudjuk megspórolni, de azt is lehetővé tesszük, hogy szakmailag is megalapozottabb döntések szülessenek, hiszen az onkológiai onko-teamek döntései hat-nyolc szakértő közös állásfoglalásán alapulnak. Az utóbbi egyúttal utat enged annak is, hogy az adott alterületen jártas szakértők a legfrissebb szakmai ajánlásoknak megfelelő javaslattal éljenek – s eközben az ülésen résztvevő fiatalabb munkatársak folyamatosan tanulhatnak is. A kétlépcsős onko-teamek gyakorlati megvalósításának részleteit és további előnyeit a kapcsolódó általános és intézményi jógyakorlat segít megismertetni.

2. Az onko-teamek aktuális rendje több szakmát együttesen érint, és mélyen beépült a szervezeti működésbe. Biztos, hogy érdemes ehhez hozzányúlni?

A sokszereplős folyamatok megváltoztatása mindig érzékeny kérdés, ezért alapos előkészítést igényel. Lényegi eleme, hogy a szakmák megértsék, sem szerepük, sem kompetenciájuk nem csorbul a rendszer továbbfejlesztésével. Érdemes először egy-két választott társszakma esetén kidolgozni és bevezetni az új gyakorlatot, így az abból származó előnyöket már maguk az érintettek tudják a további területek felé közvetíteni. Nélkülözhetetlen azonban, hogy az új rendszer megtervezése és kialakítása a releváns szakmák és munkakörök mindegyikének bevonásával és konszenzusával menjen végbe.

3. Hogyan segítik a palliatív teamek a fekvőbeteg-ellátást?

A palliatív mobil team interdiszciplináris segítséget nyújt a klinikusoknak az előrehaladott állapotú terminális betegek komplex ellátásához és ellátásuk koordinálásához. Palliatív ellátást igénylő fekvőbeteg esetén a team munkája hozzájárul ahhoz, hogy a beteg a kórházi ellátásból hamarabb kerülhessen a palliatív ellátást biztosítani tudó más helyre, legyen az akár az otthona, akár egy hospice-ellátást nyújtó intézet. Emellett az érintett betegek palliatív ellátásának koordinálásával figyelemmel kíséri állapotukat, és megszervezi, biztosítja az ellátás egyes elemeinek megvalósítását. Így a betegek számára kisebb arányban és kevesebbszer válik szükségessé az újabb kórházi felvétel, ami szintén csökkenti a fekvőbeteg-ellátás terhelését.

4. Mire kell a leginkább odafigyelni a palliatív teamek modelljének bevezetésekor?

A palliatív teamek működési feltételei és szabályai adottak, a kialakításukat ezek vezérlik. A folyamatnak azonban érzékeny pontja, hogy a palliatív teammel történő kapcsolatfelvétel a lehető leghamarabb végbemenjen. Ehhez arra van szükség, hogy az érintett osztályok szakemberei tisztában legyenek a palliatív team rendelkezésre állásának lehetőségével, szerepével és a kapcsolatfelvétel módjával. A másik fontos elem annak elfogadása, hogy a team közreműködésével a beteg ellátása egy adott ponton túl a kórházon kívül is szakszerűen és megfelelő felügyelettel történik, így az elbocsátásról szóló döntés hamarabb és megfelelő előkészítés mellett születhet meg. A palliatív team és a fekvőbeteg-ellátás összehangolt és eredményes együttműködését részletesebben ismerteti a témához tartozó általános és intézeti jógyakorlat.

2.8.

A BETEGOKTATÁS KIALAKÍTÁSÁNAK INTÉZETI FOLYAMATA

Ma már mindenki számára világos, hogy az egészségügyi ellátás akkor hozza a legjobb eredményeket mind a beteg, mind pedig az ellátó számára, ha abba a beteget bevonjuk és oktatjuk, hiszen a saját egészségéért a beteg legalább annyit tud tenni, mint maga az ellátórendszer. Bizonyos szempontból minden egészségügyi dolgozó már ma is végzi ezt az oktatótevékenységet, mégis azt látjuk, hogy ez a legtöbbször esetleges és változékony, mind a módját, mind a szakmai tartalmát tekintve. Tovább nehezíti a helyzetet, hogy a beteg ezzel kapcsolatos ismereteinek vagy készségeinek visszamérésére alig vagy egyáltalán nem kerül sor, így valójában nem tudjuk meg, milyen eredménnyel is végezzük ezt. Pedig egy kis átgondolással, strukturálással és szervezéssel a munkatársak kapacitásait oly módon optimalizálni lehet, hogy mind több beteget mind nagyobb eredményességgel érhessünk el. Pont ehhez nyújt támogatást a betegoktatás intézeti kialakításának jógyakorlata.

1. Mit értünk konkrétan betegoktatás alatt?

A betegoktatás az egyén szükségleteinek megfelelő – többnyire nagyobb mennyiségű – információ (tudás) tervszerű és intézményesített átadása, amelynek célja, hogy az egészségügyi ellátásban való biztonságos és eredményes részvételt a viselkedésváltozás útján támogassa, és amelynek végén a tudásátadás eredményességét vizsgáljuk. A lényeg tehát a viselkedésváltozás, amely által a beteg eredményesebben készül elő a rá váró vizsgálatokra, tartja be a terápiás előírásokat vagy alkalmazza a számára szükséges eszközöket.

2. Mitől lesz hasznos a betegoktatás az intézményem számára?

A betegoktatás haszna a beteg számára nyilvánvaló, az intézeti hasznosulás azonban már kevésbé egyértelmű. Pedig a szervezett betegoktatás számos újrafelvételt, ismételt vagy épp elmaradt vizsgálatot, műtétet, kialakuló szövődményt, relapszust, komplikációt vagy súlyosabb és egyben költségesebb ellátást képes megelőzni azzal, hogy a beteg és/vagy hozzátartozója megérti, felkészül és a helyes viselkedésformát követi mind az előkészületek és a kivizsgálás, mind a kezelés időszaka alatt. Ez nem csak jelentős költségcsökkenést eredményez, de a munkatársak terhelését is csökkenti, és a kezelések jobb kimenete révén sikerélményüket is növeli.

3. Számos oktatási anyag áll már most is rendelkezésre a betegek számára. Miért nem elegendőek ezek?

Önmagukban az oktatási anyagok sokszor nem elegendőek ahhoz, hogy a betegekben előidézzék a kívánt viselkedésváltozást. Egy eredményes betegoktatásnak valójában ez csak egyetlen tényezője. Az oktatandó személyek, a szóban forgó betegség, vizsgálat vagy kezelés jellemzői, az oktatók személye, az időzítés, a helyszín, az oktatás módszertana csak néhány példa arra, mennyi minden befolyásolhatja még az információk átadásának eredményességét. Kész oktatási anyag esetén is átgondolandó, hogy azok valamennyi érintett számára érthetők, olvashatók, hallhatók vagy megtekinthetők-e, időben jutnak-e el a betegekhez, azt valóban áttanulmányozzák-e, és ha nem, vajon miért. Ezek és az eredményes betegoktatás több tucat hasonló szempontja is megismerhetők a téma általános jógyakorlatából és a kapcsolódó e-learning kurzusunkból. Kontaktképzéseinken ezek intézményi szintű átgondolásában és testreszabásában is segítséget

nyújtunk ellátási formától függetlenül mind köz-, mind magánfinanszírozott szolgáltatók számára. (Jelentkezés a jogyakorlatok@emk.semmelweis.hu címen.)

4. Az egészségügyi dolgozók már most is túlterheltek. Hogyan adjak nekik még több betegoktatási feladatot?

A betegoktatás szervezett és tudatos kialakítása többek között arról szól, hogy megtaláljuk, az ellátás melyik pontján, kinek, mit, hol és hogyan érdemes oktatni. Attól például, hogy valaki jó szakember, még nem biztos, hogy oktatni is eredményesen tud. Bizonyos témakörök csoportban történő megbeszélése pedig jelentősen csökkentheti az oktatói kapacitásokat, miközben a betegellátástól nem vagy kevesebb időt vesz csak el. Az előzetesen feldolgozható írásos, hang- vagy videoanyagok elősegíthetik a személyes oktatások lerövidítését, koncentrálását. Megoldási lehetőség lehet az is, ha az oktatások lépcsőzetes kialakításával a tapasztalt munkatársak idejét spóroljuk meg azzal, ha a nagyobb mennyiségű, általános jellegű ismeretek átadását a fiatalabb munkatársakra bízzuk, és így már csak a kérdéses vagy specifikus részek ismertetése marad a számukra hátra. Mindent összevetve egy jól strukturált betegoktatási programmal az egy ellátóra jutó betegoktatási terhet csökkenteni, de legalábbis optimalizálni lehet, miközben az egyéb oktatási szempontok átgondolásával a képzések eredményessége is növelhető. A kapcsolódó intézményi jógyakorlatok áttekintésével a különböző témakörök esetére kialakított példák segítenek feltárni a további megoldásokat is.

5. Melyik betegoktatási témákra alkalmazható a jógyakorlat?

A betegoktatás intézeti kialakításának általános jógyakorlata bármelyik oktatandó témakör esetén támpontot nyújt az adott program eredményes kidolgozásához. A benne vázolt szempontrendszer ugyanis témától függetlenül tárgyalja az egyes elemek oktatáshoz hozzáadott értékét, melyek végső kialakítását a felhasználónak kell saját intézeti sajátosságaihoz, lehetőségeihez és a téma specifikumaihoz igazítania a megadott ismérvek alapján. Mindez nemcsak új betegoktatási programok kidolgozásakor ad hasznos segítséget, hanem a meglévő oktatások megújítását is lehetővé teszi. Az egyes oktatási módszerek és technikák előnyeinek és hátrányainak mérlegelését, az előbbiek kiaknázását, valamint az utóbbiak kezelési lehetőségeit interaktív módon segíti a tárgykörben készült e-learning kurzusunk is. Az egyedi intézményi minták pedig további ötletek, megoldások és motivációk megszerzését teszik lehetővé.

2.9.

JÓGYAKORLATOK AZ ÁPOLÁSSZERVEZÉS TÉMAKÖRÉBŐL

Az ápolás közép- és felsővezetői azok, akik amellett, hogy ellátják az intézmény hagyományos ápolási feladatainak szakmai felügyeletét és koordinációját, észrevétlen munkájukkal minden más szakmai tevékenység számára is hátteret nyújtanak a folyamatos és gördülékeny működéshez. E feladataik között például aktív szerepet játszanak az éles-hegyes eszközökkel történő sérüléseket követő intézményi teendők nyomon követésében, az új dolgozók integrálásában, illetve proaktív munkájuk nyomán kulcsszerepet vállalhatnak a hosszú ápolási igényű betegek betegút-menedzsmentjében is. Valamennyi kérdéskör különböző szakterületek együttműködését és munkájuk összehangolását, azaz jelentős szervezési tevékenységet igényel.

1. Gondot jelent a hosszú ápolást igénylő betegek akut és krónikus osztályokon való elhelyezése, intézetből történő elbocsátása. Mi a teendő?

A megoldás egy jól megszervezett folyamat lehet, amely a legkorábbi időpontban azonosítani tudja a hosszú ápolási igény megjelenését, naprakész információval bír az egyes krónikus, ápolási vagy rehabilitációs osztályok aktuális és várható kapacitásairól, kapcsolatban áll a releváns szociális intézményekkel, és egy erre szerveződött betegút-team segítségével megtervezi és ütemezi a beteg intézeten belüli útját és idejét. A téma általános jógyakorlata a folyamat lépéseit, szereplőit és működését mutatja be.

2. Kikből áll a betegút-team és hogyan működik?

A betegút-team javasolt tagjai a beteget éppen ellátó szervezeti egység főnővére, a beteg kezelőorvosa, az intézetben dolgozó szociális munkás, a beteg és/vagy hozzátartozója. A team további szereplőkkel egészülhet ki, például a potenciális fogadó szervezeti egységek képviselőivel, de az is elegendő lehet, ha a team valamelyik tagja kapcsolatot tart velük. A team már a hosszú ápolási igény első megjelenésekor összeáll, mérlegeli a különböző lehetőségeket, és elindítja a beteget azon az úton, amely a leghamarabb elvezeti a végleges ellátási helyéhez. A betegek és hozzátartozók őszinte bevonása egyrészt meggyorsítja a szociális intézetekbe való jelentkezést, másrészt elősegíti az otthoni átmeneti vagy tartós ápolás mint lehetőség elfogadását és megvalósulását, valamint az arra való korai és gyorsabb felkészülést is. A szociális munkás a team kulcsszereplője, aki koordinál, tájékoztat, facilitálja a folyamatokat és kapcsolatot tart a beteggel, a hozzátartozókkal, az intézmény releváns szervezeti egységeivel és a szociális hálózattal is. A team tehát nem igényel többlet humán erőforrást, és a munkája nem teszi feltétlenül szükségessé a tagok egyidejű, fizikai jelenlétét sem: jól szervezve a működése szinte észrevétlenül simul bele a mindennapi ellátási folyamatokba. Erre szolgál mintául a Katalógusból elérhető intézményi jógyakorlat is.

3. Miért érdemes hangsúlyt fektetnem az új dolgozók oktatásának megszervezésére?

Mindannyian tudjuk, hogy az új dolgozók munkába állása magas kockázatú folyamat, amely számos betegbiztonsági kockázattal bír. Az új munkatárs, még ha jól képzett, tapasztalt szakemberről van is szó, akkor sem ismeri az intézmény ellátási sajátosságait, feltételrendszerét, szervezeti kultúráját, és nem rendelkezik helyismerettel sem. Annak ellenére, hogy a célunk az, hogy az új dolgozó mihamarabb felügyelet nélküli dolgozhasson, a megismerendő információk köre pedig igen széles és változatos, többnyire esetleges, hogy a munkatárs hozzájut-e ezekhez, mikor és hogyan. Pedig tudatos tervezéssel a folyamat nemcsak a teljességet

érheti el, hanem az oktatásokat, ismertetéseket végző személyek kapacitásait is optimalizálhatjuk, miközben az új és a meglévő munkatársak frusztrációját – és így a fluktuációját is – csökkenthetjük. A megszerzendő ismeretek és gyakorlatok összegyűjtésével és osztályozásával elkülöníthetjük a munkakörtől független és az ahhoz kötődő ismereteket, azokat, amelyek a munkába állás legelején már nélkülözhetetlenek és amelyek egy adott időn belül ütemezetten is megszerezhetők, amelyek csoportos oktatással vagy egyénileg adandók át, amelyeket ki lehet váltani vagy meg lehet támogatni írásos vagy e-learning anyagokkal, illetve amelyek mindenképpen személyes jelenlétet és gyakorlatot kívánnak meg, amelyek szakmai jelleggel bírnak és amelyek inkább a mindennapi munkavégzés menetére és feltételeire vonatkoznak. Ezekhez már sokkal könnyebb aztán oktatót, időt, helyszínt és szükség esetén tananyagot rendelni, s így az adott munkakör betöltője számára az egyedi elemek olyan egyéni kombinációja állítható össze már a belépésekor, amely lehetővé teszi a fenti cél elérését. A további részletek az általános és intézményi jógyakorlatokból ismerhetők meg.

4. Az éles-hegyes eszközök okozta sérülésekkel kapcsolatos eljárás a jogszabályokban is kellően meg van határozva. Mit tudok én még ehhez hozzátenni?

A téma általános jógyakorlata a jogszabályokban foglaltak betartásában, illetve ezek gyakorlati megvalósításában nyújt segítséget az intézmények számára. Rávilágít azokra a lépésekre és pontokra, amelyek a különböző munkakörök (ápolás, orvoslás, foglalkozás-egészségügy, munkaügy, minőségügy) összehangolt munkáját igénylik, és hangsúlyt fektet az egyedi esetekből való intézményi tanulás menetére. A kapcsolódó intézményi jógyakorlatokból olyan folyamattámogatást segítő ötleteket lehet megismerni, mint például egy, e célt szolgáló elektronikus felület létrehozása, amely nemcsak az adminisztratív teendők leegyszerűsítését teszi lehetővé, de az esetek jelentésének hajlandóságát is növelheti és a folyamat nyomonkövetését is megkönnyíti.

2.10.

JÓGYAKORLATOK A BETEGAZONOSÍTÁS TÉMAKÖRÉBŐL

Más betegeken elvégzett műtétek, elcserélt újszülöttek, összecserélt leletek és kezelések – csak néhány azokból a nemkívánatos eseményekből, amelyekkel egyetlen vezető sem szeretné, ha az intézménye az újságok címlapjára kerülne. Mind a betegazonosítás hibájából fakad, egy banálisnak tűnő és az ellátás során oly sokszor ismétlődő folyamatból, amelyre talán éppen ezért mégsem fordítunk kellő figyelmet. Fejlesztéseink során egy-egy intézményi jógyakorlatból kiindulva állítottuk össze két érzékeny terület általános jógyakorlatát: az újszülöttek azonosítását, illetve a beteg és beavatkozás összerendelését képalkotó vizsgálatok esetén.

1. Mi lehet a legfontosabb tényező az újszülöttek azonosítási folyamatában?

Talán az időbeliség kérdése az, amely az újszülöttek azonosítási folyamatát a leginkább áthatja. Már a folyamat kezdőpontja is kardinális, hiszen az újszülöttek azonosítása az anya azonosításával veszi kezdetét. További kritikus esemény a betegazonosító karszalag újszülöttre való felhelyezése a születést követő lehetséges legkorábbi pillanatban. Ez az azonosítószám (TAJ-szám), a karszalag és az ahhoz való beleegyezés előzetes előkészítését feltételezi, valamint azt, hogy a karszalagot az újszülött az anya jelenlétében, az ő vagy a jelenlévő hozzátartozó bevonásával kapja meg, azaz még azelőtt, hogy az újszülött első ellátását a szülés helyiségén kívül megkezdik. Szintén meghatározó lépés az újszülött TAJ-számának informatikai rendszerben történő aktualizálása a végleges TAJ-szám rendelkezésre állása esetén. A teljes folyamat általános lépései, valamint egy intézeti megvalósítás példája is megismerhető a Jógyakorlatok Online Katalógusában.

2. Mitől olyan bonyolult folyamat a betegazonosítás a képalkotó felvételek készítése esetén?

A képalkotó felvételek készítésekor a szokásos betegazonosítási pontok köre kibővül az informatikai (kórházi és radiológiai) rendszerekbe történő adatbevitelekkel és adattársításokkal, valamint az esetek egy részében az oldaliságok egyeztetésével, ezek, illetve a különböző beavatkozások helyes hozzárendelésével is. Egy teljes folyamat a beteg megjelenésétől a lelet kiadásáig akár tíz különböző azonosítási lépést is magában foglalhat. Mindeközben olyan további tényezők is nehezítik a helyes gyakorlat kialakítását, mint az adatvédelmi szempontok érvényesítése vagy az informatikai rendszerbiztonság. A folyamat e komplexitása mindenképpen felülvizsgálatra készteti a jelenlegi rutint. Ehhez nyújt támogatást a kapcsolódó általános és intézeti jógyakorlatunk.

3

AZ ANTIMIKROBÁS SZEREK ALKALMAZÁSA

Összehasonlító európai adatok azt mutatják, hogy bár Európában nem nálunk a legsúlyosabb a rezisztencia-helyzet, a mediánértéknél jellemzően magasabb arányokkal rendelkezünk: miközben a szűk hatásspektrumú, így alacsonyabb rezisztencia-generáló hatással bíró béta-laktamáz szenzitív penicillinek felhasználási aránya elmarad az Európai Unió tagországainak mediánjától, addig a széles spektrumú ágensek részesedése magasabb a nemzetközi középértéknél. Magyarországon az antimikrobiális rezisztencia az elmúlt években jelentős mértékben növekedett, aminek a hátterében számos tényező állhat: a surveillance-rendszerből kinyerhető adatok pontatlansága, a mikrobiológiai evidencia iránti alacsony igény és a célzott terápiára való törekvés nélkül alkalmazott empirikus terápia, valamint az egészségügyi dolgozók és a lakosság részéről egyaránt megmutatkozó ismeretbeli hiányosságok. Mindezek alapján elmondható, hogy javítani kell az antimikrobás szerek alkalmazási gyakorlatán, amihez mind a rendszer-, mind az intézményi, mind pedig az egyéni szinten hozzájárulhatnak az alkalmazható ajánlások, útmutatók és szakmai programok.

A témablokk szerzői

Dr. Belicza Éva
Dr. Kardos Gábor

3.1.

AZ AMR SZAKPOLITIKAI PROGRAM AZ „EGY EGÉSZSÉG” MEGKÖZELÍTÉS ALAPJÁN

Az antibiotikum-rezisztencia az egész gyógyítási folyamatot fenyegető jelentős népegészségügyi veszéllyé vált, aminek fő oka az antibiotikumok nem megfelelő használata. Az antibiotikumok helyes és a rezisztencia megelőzését is szem előtt tartó alkalmazásához multidiszciplináris megközelítésre és számos központilag szervezett akcióra is szükség van. Ez csak az Egy egészség-elv figyelembevételével hajtható végre hatékonyan, vagyis a humán egészségügy, az állategészségügy és a környezetegészségügy közös erőfeszítéseit igényli. A kidolgozott szakpolitikai programkoncepció egy ilyen, több szektort érintő beavatkozásmodell kialakítását célozza.

1. Miért van szükség az állategészségügy bevonására a szakpolitikai program kidolgozásába?

Igen jelentős az antibiotikum-felhasználás az állattartók körében, az élelemiszertermelő állatokban való felhasználás céljából értékesített, antibiotikum-hatóanyagot tartalmazó állatgyógyászati készítmények tekintetében állategységre vetítve hazánk az első öt ország között szerepel. Az ún. kritikusan fontos antibiotikumok tekintetében a 3-4. generációs cefalosporinok eladása 2011–2016 között növekedést mutatott, a fluorokinolonok és a polimixinek aránya pedig hullámzó jellegű volt ebben az időszakban, mindazonáltal az arányuk meghaladta az EU átlagát.

2. Milyen célkitűzéseken keresztül juthatunk el nemzeti szinten egy fenntartható antimikrobás szer használathoz?

A WHO akciótervével összhangban az öt legfontosabb célkitűzés i) a rezisztenciával kapcsolatos ismeretek bővítése, a felvilágosítás és szemléletformálás; ii) az adatgyűjtés, a helyzet folyamatos monitorozása és a kutatás; iii) a fertőzések megelőzése, az infekciókontroll; iv) segítő beavatkozás az antimikrobás szerek használatába; és v) a támogató szabályozási környezet kialakítása globálisan (pl. a diagnosztika vagy a vakcinafejlesztés támogatása). A programkoncepció a fenti területekhez köthető beavatkozásokat javasol, azokon belül konkrét akciók tervezésén keresztül külön-külön a járó- és a fekvőbeteg-ellátás, illetve az állategészségügy számára is, megbecsülve az ehhez szükséges forrásigényt is.

3. Melyek lehetnek azok az intézkedések, amelyek támogatják a célok teljesülését?

A szakpolitikai programban több beavatkozási területet azonosítottunk. Érdemes kiemelni közülük a témakör oktatásának fontosságát a szakemberek képzése és továbbképzése során. A hiteles adatok elérése érdekében fejleszteni kell az adatgyűjtést és -elemzést, valamint a kapcsolódó informatikai támogatást is. Szükség van a szakmai irányelvek és ajánlások kidolgozására – a jelen projektben nyolc járóbeteg-ellátásban alkalmazható antibiotikum alkalmazási protokollja készült el (lásd a 3.2. pontot) – és az alkalmazás elérésére. Javasoljuk a diagnosztikához való hozzáférés javítását, illetve a valódi szakmai irányítás kialakítását.

Rövid módszertani ismertető

A koncepció alapjául a WHO „globális akciótervének” öt pillére szolgált. A munka során fontos elemként jelent meg az állatgyógyászati készítményekkel és a környezet-egészségügyi vonatkozásokkal való kapcsolat, így az antimikrobiális rezisztenciával kapcsolatos beavatkozások rendszerszemléletű, az Egy egészség-elv szerinti kidolgozása.

A fejlesztés a SWOT-elemzésből indult ki, és az azonosított gyengeségek kezelésére és kiküszöbölésére fókuszált, figyelembe véve a megállapított erősségeket és lehetőségeket. Ezek mentén határoztuk meg a beavatkozási pontokat és az erre épülő célrendszert. A beavatkozási területek megfogalmazása során, ahol ez lehetséges volt, külön-külön állapítottuk meg a járó- és fekvőbeteg-ellátásra, az állategészségügyre, illetve a környezet-egészségügyre vonatkozó és az Egy egészség-elv szerinti rendszerszintű célokat. A leginkább fontosnak és hatásosnak ítélt beavatkozásokhoz részletes cselekvési terv is készült.

Felelős konzorciumi partner: Nemzeti Népegészségügyi Központ

3.2.

AZ ANTIMIKROBÁS SZEREK HELYES ALKALMAZÁSA – MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ A JÁRÓ- ÉS FEKVŐBETEG-ELLÁTÁS SZÁMÁRA

Magyarországon az antimikrobás szerek legfontosabb csoportját jelentő antibiotikumok mintegy 90%-át az alapellátást és a járóbeteg-szakellátást is magába foglaló járóbeteg-ellátásban írják fel, és a közforgalmú gyógyszertárakban váltják ki; a fogyasztás mindössze 10%-a megy végbe a fekvőbeteg-intézményekben. A helyes alkalmazási gyakorlat kialakítására vonatkozó módszertani ajánlásunk elkülönítve foglalkozik e két – eltérő körülmények között zajló és eltérő alkalmazási gyakorlatot igénylő – ellátási formával.

1. Milyen általános intézkedésekre van szükség ahhoz, hogy javuljon az antimikrobás szerek alkalmazási gyakorlata?

A betegellátás keretein belül alapvető a helyi szakmai protokollok bevezetése a gyakori fertőzéstípusokra való antibiotikum-felírás terén. Az eredményes megvalósításhoz alapvető jelentősége van az elkötelezettség biztosításának és kinyilvánításának a felírásban résztvevő orvosok és intézmények vezetői részéről. A monitorozás és a visszacsatolás javítja a felírás megfelelőségét. Fontos az ismeretbővítés és a kommunikációs készségek fejlesztése az egészségügyi dolgozók részére. Hangsúlyt kell fektetni a betegek és családtagjaik antibiotikum-alkalmazással kapcsolatos ismereteinek bővítésére, ami a compliance javulását eredményezi.

2. Az antimikrobás szerek alig 10%-a kerül felhasználásra a fekvőbeteg-ellátásban. Miért kell mégis kiemelten foglalkozni ezzel a területtel is?

A rezisztens baktériumtörzsek kiszelektálódásának és terjedésének elsődleges terepe a – szociális ápolás egyes formáit is magában foglaló – fekvőbeteg-ellátás, továbbá a multirezisztens törzsek terjedése is itt a legjellemzőbb. Ezért az antibiotikum-használat minőségének megfelelő szabályozása kulcskérdés ezen a területen. A fekvőbeteg-ellátásban számos olyan eszköz áll rendelkezésre az antibiotikum-használat nyomon követésére és minőségi fejlesztésére, amelyek a kevésbé koncentrált és intézményesült alap- és járóbeteg-ellátásban nem vagy csak nehezen alkalmazhatóak.

3. Milyen specifikumokra kell ügyelni a fekvőbeteg-ellátásban?

Multidiszciplináris team kialakítására van szükség infektológus szakorvos, klinikai mikrobiológus és a fertőző betegségek területén járatos kórházi/klinikai gyógyszerész részvételével.
A helyi szakmai protokollokat az antibiotikum-rezisztencia-viszonyokhoz igazítva kell kidolgozni és alkalmazni; gondoskodni kell a mikrobiológiai laboratóriumi háttér elérhetőségéről, ill. a gyors diagnosztikai eszközök és biomarkerek integrációjáról. Szükség van az antibiotikum elrendelésének monitorozására és – lehetőség szerint prospektív – auditjára.

4. A helyes antibiotikum-stewardship kialakításához kapok-e valamilyen segítséget az elkészült szakmai anyagokból?

Igen. A témakörben jógyakorlat is készült, amely tartalmazza a lehetséges hibákat és azok elkerülésének lehetőségeit. A helyi környezetre történő adaptálással elérhetjük ennek eredményes működtetését.

5. A járóbeteg-ellátásban gyakori a betegigények megjelenése és az alkalmazási gyakorlat helytelensége. Milyen eszközökkel lehet javítani ezen a helyzeten?

Elsődleges az egészségügyi dolgozók betegekkel kapcsolatos kommunikációs készségének fejlesztése; a megfelelő gyógyszerészi gondozás és tanácsadás a vénykiváltás során; a háziorvosok, gyermekorvosok és gyógyszerészek közötti rendszeres kommunikáció; a hozzáférhető nemzeti kezelési irányelvek megléte és ismerete; valamint a gyorstesztek használata a klinikai diagnózis felállítása során. Az antimikrobás szerfelhasználás csökkentése érdekében fontos a lakosság edukációja is. Javasolt az összes antimikrobás gyógyszer vénykötelessé tétele; az otthoni maradék gyógyszerrel való öngyógyítás megelőzése érdekében az egyénre szabott kiszerelés bevezetése; valamint az antimikrobiális szerek kiváltására vonatkozó vények érvényességének szabályozása.

Rövid módszertani ismertető

A munkacsoport helyzetértékelést végzett a hazai járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátásban felhasznált antimikrobás szerekről, áttekintette a hazai szabályozásokat és ajánlásokat, valamint a szakirodalmat. Elemezte a fellelhető adatokat, minőségi indikátorokat értékelt, és azonosította a hiányosságokat. Felkutatta a nemzetközi irányelveket, és megvizsgálta a hazai adaptálás lehetőségeit.

A járóbeteg-ellátásra vonatkozó módszertani ajánlás alapelveinek kidolgozásához a CDC vonatkozó tanulmánya nyújtott alapvető útmutatást. A fekvőbeteg-ellátás esetében a fejlesztők emellett többek között a BioMérieux és a Start Smart – Then Focus irányelvekre támaszkodtak.

A kapcsolódó jógyakorlat módszertani leírása a 2.1. pontban található.

Felelős konzorciumi partner
Állami Egészségügyi Ellátó Központ (jelenleg: Országos Kórházi Főigazgatóság)
Nemzeti Népegészségügyi Központ

3.3.

ANTIBIOTIKUM-ALKALMAZÁS A JÁRÓBETEG ELLÁTÁSBAN – AJÁNLÁSOK A NAPI GYAKORLAT SZÁMÁRA

A helyes antibiotikum-alkalmazást a klinikai vizsgálatok eredményein alapuló szakmai ajánlások segítik. Alkalmazásuk biztosítja a terápiás kudarc elkerülését, hosszú távon pedig a rezisztencia terjedésének megakadályozását. Hazánkban nincsenek érvényben a járóbeteg-ellátásra vonatkozó érvényes, az antibiotikum-alkalmazási gyakorlatot leíró hivatalos szakmai irányelvek.

1. Kapok-e segítséget annak eldöntésére, hogy szüksége van-e a betegemnek antibiotikumra?

Az antibiotikum felíráshoz a klinikai diagnózis felállítását követően ajánlások készültek a járóbeteg-ellátásban kezelendő leggyakoribb fertőzések (a komplikálatlan és komplikált alsó húgyúti infekciók, a komplikálatlan pielonefritisz, az infekciós gasztroenteritiszek, a torokfájás, az orrmelléküreg-gyulladás, a középfülgyulladás, a közösségben szerzett tüdőgyulladás és a bőr-lágyrész-fertőzések) esetében. Az ajánlások diagnózisonként leírják a klinikai tüneteket és a javasolt vizsgálatokat, beleértve a mikrobiológiai vizsgálatok szükségességét, a differenciáldiagnózis kritériumait, a szakorvosi vizsgálatra vagy a kórházba való beutalás indikációit, a leggyakoribb kórokozókat és az antibiotikum-alkalmazás indikációit. Ahol indokolt, ott részletesen bemutatjuk az antibiotikum felírása nélkül is sikerrel kezelhető esetek kritériumait.

2. Milyen antibiotikumot írjak fel, ha nem fekvőbeteg számára van erre szükség és nincs lehetőségem mikrobiológiai vizsgálatot kérni?

Az ajánlásokban a diagnózishoz párosítva megtaláljuk az elsőként választandó, illetve az alternatív szer(eke)t. Ezek minden esetben javaslatot tartalmaznak az ajánlott hatóanyagra és dózisra vonatkozóan is, elkülönítve a felnőttek és gyermekek esetében alkalmazandó adagolást.

3. Adnak-e az anyagok valamilyen segítséget ahhoz, hogy a nagy forgalmú rendelőkben ne a hosszú leírásokból kelljen kibogarásznom az ajánlásokat?

Igen. A részletes szakmai anyag mellett, amely az irodalmi forrásokat is tartalmazza, rövid, könnyen áttekinthető változatot is készítettünk. Fontosnak tartjuk, hogy elkészült anyagainkat – amelyeket hiánypótlónak vélünk – az egyes szakterületek beemeljék a továbbképzési programjaikba. Ennek elősegítésére oktatási segédleteket is készítettünk az egyes témakörökhöz.

Rövid módszertani ismertető

A szakmai ajánlások készítése munkacsoportban történt. A széleskörű szakirodalmi feldolgozást követően a klinikus, infektológus, mikrobiológus és gyógyszerész fejlesztők több körös egyeztetés során, konszenzusos alapon fogalmazták meg a szakmai tartalmat.

Felelős konzorciumi partner
Nemzeti Népegészségügyi Központ

4

GYÓGYSZERELÉS

A betegellátásban az egyik legkockázatosabb és a legtöbb hibával járó tevékenység a gyógyszerek elrendelése és alkalmazása. A hibák sokrétűek: lehetnek kommunikációs vagy dokumentációs eredetűek, összefügghetnek a gyógyszerek tárolási körülményeivel, a betegek vagy a gyógyszerek azonosításával, a szakmai vagy működési szabályoktól való eltéréssel vagy azok hiányával/helytelenségével stb. A különböző típusú emberi hibák kivédésére a legkézenfekvőbb megoldás a kiváltó okok kezelése, ami megvalósulhat különböző technológiák kialakításával, illetve a biztonságot szolgáló módszerek kifejlesztésével és a gyakorlatba való átültetésével.

A gyógyszerelés biztonságának növelését szolgálja az egyedi gyógyszerelés kialakítása és működtetése, amelyre vonatkozóan módszertant készítettünk.

A hazai tapasztalatok és tanulmányok felhívták a figyelmet a betegek által a kórházakba behozott gyógyszerek jelentős betegbiztonsági kockázatára. Ezek kezelésére módszertani ajánlást dolgoztunk ki, emellett pedig jogszabályi ajánlást fogalmaztunk meg a helyzet megnyugtató rendezésére.

A módszertani útmutatók mellett mindkét témakörben a napi rutin kialakítását elősegítő jógyakorlatokat fejlesztettünk ki és oktattunk számos egészségügyi intézmény vezető szakemberei és dolgozói számára.

Felelős konzorciumi partner:
Állami Egészségügyi Ellátó Központ (jelenleg: Országos Kórházi Főigazgatóság)

A témablokk szerzői

Dr. Kis Krisztina
Dr. Gyimesi Nóra
Dr. József Gergely
Kuti Árpádné Romvári Éva
Dr. Szalai Gábor
Tiszai Zita

4.1.

AZ EGYEDI GYÓGYSZERELÉS TÁMOGATÁSÁNAK MÓDSZERTANA

Modern, nyomon követhető és biztonságos gyógyszerelés biztosítása betegeink számára.

A módszertani útmutatót a betegre szabott gyógyszerosztás vonatkozásában több éves tapasztalattal rendelkező magyarországi intézmények képviselői alkották meg.

Az ajánlás segítséget nyújthat az intézményeknek, hogy megismerhessék a rendszer működtetésének módjait, és ez alapján a saját eljárásrendjüket is kialakíthassák. A betegre szabott gyógyszerosztás révén a gyógyszerek útja nyomon követhető a beszerzéstől egészen a betegig. A gyógyszerelés megfelelőségét a kórházi-klinikai gyógyszerész szavatolja. A módszertan alkalmazásával nem csak a betegek gyógyszerelése tehető biztonságosabbá, de az egészségügyi intézmények gyógyszerfelhasználása is racionalizálható.

A szakanyag külön témakörként foglalkozik mind a manuális, mind pedig az automatával támogatott technikával. Kiemelt érdeme, hogy közvetíti azt a gyógyszerelés biztonságát előtérbe helyező szemléletet, amely hozzásegíti az intézményeket, hogy egy átfogó, a munkafolyamatokban részt vevő, minden szereplőre nézve érvényes hozzáállást érvényesíthessenek munkájuk során a betegek biztonsága érdekében.

1. Minden esetben az automata gyógyszerelés bevezetésére kell törekednem?

Minden intézménynek fel kell mérnie, hogy számára melyik módszer bevezetése és fenntartása finanszírozható hosszú távon. A mérlegelés szempontrendszere a módszertani ajánlásban mindenki számára elérhető.

2. Milyen előnyökkel jár a centralizált gyógyszerosztás bevezetése?

Az intézeti gyógyszertárban történő centralizált gyógyszerosztással csökkenteni lehet az osztályos készleteket; a gyógyszerköltség racionalizálható. A folyamatba bevont kórházi-klinikai gyógyszerész elvégzi az elrendelt betegterápiák áttekintését, a dózisellenőrzést, az interakció- és gyógyszerduplikáció-szűrést, aktív részvételével csökkenteni lehet a gyógyszerelési hibák számát. Szükség esetén korrekciót javasol és egyeztet az orvossal, ügyelve a költséghatékonyabb gyógyszeres terápiák megvalósítására is.

3. A szervezés szintjén milyen útmutatást kapok?

A rendszer bevezetéséhez elengedhetetlen az intézeti gyógyszertár lehetőségeinek és az ellátó osztályok igényeinek összehangolása. Ez alatt az értendő, hogy a működtetés biztonsága érdekében a módszertan arra is javaslatot tesz, hogy melyek azok a pontok, amelyek akár az erőforrások, akár a munkafolyamatok szervezése szempontjából egyeztetés alapját képezhetik, és melyek azok, ahol egy egyértelmű irány a követendő.

4. Szükséges-e osztályon dolgozó klinikai gyógyszerészt alkalmaznom?

Az egyedi gyógyszerelés biztonságát nagymértékben növeli, ha klinikai gyógyszerész is támogatja a fekvőbeteg-ellátásban részt vevők munkáját, emiatt a betegágy melletti gyógyszerészi tanácsadás és a betegre szabott gyógyszerosztás szorosan összefüggő tevékenységek, mindamellett, hogy maga a gyógyszerelés klinikai gyógyszerészi szolgálat biztosítása nélkül is kivitelezhető.

5. Minden kórházban van kórházi-klinikai gyógyszerész/szakgyógyszerész?

Amennyiben az intézménynek van intézeti gyógyszertára, egy vezető főgyógyszerész minden esetben elérhető. A módszertan alkalmazásának megtervezésekor aktuális képet kell szerezni az intézeti gyógyszertár személyi és tárgyi infrastruktúrájáról és kapacitásáról a további döntések meghozatalához.

Rövid módszertani ismertető

Az egyedi gyógyszerelésre vonatkozóan a hazai gyakorlatot bemutató, a nemzetközi és hazai szakirodalmat elemző és összegző, valamint a jogszabályi hátteret áttekintő helyzetértékelések készültek. Ezeknek a tapasztalatoknak a felhasználásával, valamint a SWOT-analízissel elemzett eredményeket, kockázatokat és veszélyeket is figyelembe véve fogalmaztuk meg – a nem egységes környezeti feltételekhez igazítva – a három alkalmazható rendszert (kézi, unit-dose, ill. unit/multi-dose) és az ezekre vonatkozó, eltérő módszertani ajánlásokat.

A kapcsolódó jógyakorlatok módszertani leírása a 2.1. pontban található.

4.2.

A BETEG ÁLTAL BEHOZOTT GYÓGYSZEREK KEZELÉSÉNEK MÓDSZERTANA

Behozott gyógyszerek – nézzünk szembe a kockázattal és tegyünk lépéseket a betegbiztonságért!

A gyógyszereléssel összefüggő nemkívánatos események egy része a beteg által behozott gyógyszerekkel áll kapcsolatban. A módszertani ajánlás az egészségügyi fekvőbeteg-ellátó intézmények számára igyekszik olyan elemeket összefoglalni, amelyek alapján az adott intézmény a helyi sajátosságokat figyelembe véve kialakíthatja a saját szabályozási rendszerét. Az ajánlás rámutat a magas betegbiztonsági kockázatot hordozó hazai gyakorlat problémáira is, valamint a kellő betegbiztonság megvalósításához szükséges jogszabályi változtatásokra vet fel megoldásokat.

1. Milyen esetekben lehet szükség a beteg által behozott gyógyszerek alkalmazására?

Az intézményi alaplistákat, a különböző finanszírozási módokat, valamint a nem széles körben alkalmazott gyógyszereket figyelembe véve mindenképpen számolni kell a beteg saját gyógyszereinek alkalmazásával.

2. Milyen kockázatai lehetnek a beteg által behozott gyógyszerek alkalmazásának?

A módszertani útmutató rámutat azokra a pontokra, amelyek akár a hiányos betegedukáció, a kontrollált gyógyszerelés, a polipragmázia, a hatóanyagismétlés, a helyes tárolási körülmények betartása vagy akár a gyógyszerhamisítási küzdelem szempontjából sarkalatos lehet. A felhasználhatóságok, illetve a hatóság általi forgalmi felfüggesztések betartása a behozott gyógyszerek vonatkozásában is elengedhetetlen.

3. Milyen adminisztrációs terhet ró az ellátó intézményre a módszertan alkalmazása?

A beteg által behozott gyógyszerekkel kapcsolatos többletadminisztráció nem felesleges és öncélú, mivel elengedhetetlen a gyógyszerelési hibák, betegjogi perek és az irracionális intézményi gyógyszerbeszerzések elkerüléséhez. A megfelelő formanyomtatványok alkalmazásával észszerűsíteni és csökkenteni lehet az ezzel kapcsolatos munkaterhet.

4. Miért fontos a gyógyszeres anamnézis pontos felvétele és a gyógyszeres terápia-egyeztetés?

Annak érdekében, hogy ne maradjon kezeletlen indikáció, mindamellett indokolatlan és helytelen gyógyszeralkalmazás se történjék, a lehető legpontosabb gyógyszeres anamnézisre van szükség. Ennek során törekedni kell a lehető legtöbb forrás egy időben történő alkalmazására. A betegek átadásának pontjain is törekedni kell a lehető legpontosabb gyógyszeranamnézis és az aktuális gyógyszerelés különbözőségeinek feloldására. A bizonyítékokkal alátámasztott technika alkalmazásával számos nem szándékolt gyógyszerelési problémát fedezhetünk fel és oldhatunk meg.

5. Miért van szükség a behozott gyógyszerek kategorizálására, tényleg van ennek jelentősége?

Figyelembe véve a hazai jogszabályi környezet minden vonatkozását, az egyértelmű iránymutatás érdekében elengedhetetlen a behozott gyógyszerek lehetséges típusainak kategorizálása. A módszertani útmutató részleteiben tárgyalja a csoportosítás lehetőségeit, illetve konkrét eljárásra is javaslatot tesz.

Rövid módszertani ismertető

Szakmai konszenzus alapján a kialakult hazai gyakorlatot bemutató, a nemzetközi szakirodalmat elemző és összegző, valamint a jogszabályi hátteret áttekintő helyzetértékelések készültek a beteg által behozott gyógyszerek kezelésére vonatkozóan. Ezeknek a tapasztalatoknak a felhasználásával, a három elemzés megállapításainak szintézisével fogalmaztunk meg javaslatokat. Figyelembe vettük és elemeztük a környezeti feltételeket, a kockázatokat, a nem várt negatív kimeneteket, és ezeket igyekeztünk kezelni az ajánlásokban. A behozott gyógyszerek kezelésével kapcsolatos hazai gyakorlatot egy 2014-ben publikált, intézeti gyógyszerészek és ápolók körében végzett kérdőíves felmérés, valamint egy 2017-ben intézeti főgyógyszerészek körében végzett vizsgálat eredményei alapján mutattuk be. A hazai helyzetkép felvázolására felhasználtuk ezen túlmenően a jelen projekt egyedi gyógyszereléssel foglalkozó munkacsoportjának tapasztalatait, szakmai anyagait.

A kapcsolódó jógyakorlat módszertani leírása a 2.1. pontban található.

4.3.

AZ EGYEDI GYÓGYSZERELÉS TÁMOGATÁSÁNAK JÓGYAKORLATA

Mások tapasztalata – mindannyiunk „jó gyakorlata" a biztonságosabb gyógyszerelésért.

A jógyakorlat segítséget nyújt az egészségügyi ellátást végző intézmények részére az egyedi gyógyszerelés különböző rendszereinek kiépítésében, további célja pedig, hogy elérhetőbbé tegye a tevékenység gyakorlati megvalósítását. A jógyakorlat a projekttervezés lépésein keresztül iránymutatást ad a jelenlegi rendszer fejlesztéséhez. A betegre szabott gyógyszerosztás intézményi bevezetése jelentős munkával jár. Vannak azonban olyan tényezők, amelyekre hatást gyakorolva az implementációt gördülékenyebbé lehet tenni, illetve vannak olyan jellemző kezdeti hibák, amelyeket elkerülve fenntartható a kezdeti lendület. A betegre szóló gyógyszerelés jógyakorlatának szerves részét képezi az osztályos kórházi-klinikai gyógyszerészi jelenlét és a szolgálat intézményi kialakítása. A jógyakorlat fontos jellemzője, hogy nincsen szabályozó szerepe, hanem a már bizonyítottan fenntarthatóan működő rendszerek példáját mutatja be.

1. Miért lenne érdemes bevezetni ezeket a jógyakorlatokat az intézményemben?

Minden egészségügyi ellátó intézményben elsődleges preferenciaként kell kezelni a betegek biztonságát és az alkalmazott módszerek minőségbiztosítását. A jógyakorlatok kiváló kiindulópontot adnak a jelenlegi, betegbiztonsági szempontból kiemelt kockázatot jelentő rendszerek és gyógyszerelési folyamatok fejlesztésének elindítására és támogatására.

2. Intézményünkben milyen lépéseken keresztül vezethetjük be a jógyakorlatot?

A jógyakorlat bevezetése előtt meg kell ismerni a betegre szóló gyógyszerelés szemszögéből az intézményünk jelenlegi rendszerének tulajdonságait és sajátosságait. A megfelelő helyzetértékelés része mind az érintettek feltérképezése, mind pedig az erőtér-elemzés, azaz a rendszer bevezetésének elfogadására vonatkozó hozzáállás felmérése. A betegre szabott gyógyszerelés rendszerének jelenlegi problémáit és kockázatait, valamint saját preferenciáinkat felismerve lehet kialakítani a saját intézményünknek megfelelő jógyakorlatot.

3. Mivel indokolható menedzsmenti szinten az egyedi gyógyszerelés bevezetésének szükségessége?

Intézményvezetői szinten elvárás lehet a gyógyszereléssel kapcsolatban, hogy megfelelő transzparencia mellett biztonságos, racionális és adekvát módon legyen dokumentálva. A jelen jógyakorlat elsődleges céljait a felsoroltak képezik.

4. Milyen előnyt jelenthet a klinikai gyógyszerész a betegellátó teamben?

A klinikai gyógyszerész a betegellátásért felelős többi résztvevővel szorosan együttműködve folyamatosan tökéletesíti és személyre szabottá alakíthatja az elrendelt terápiákat, amivel a gyógyszerelési hibák számát is csökkenteni lehet. A terápiák individualizálása mellett a terápiás döntések során felmerülő gyógyszergazdaságossági szempontokat is mérlegelve tud naprakész tanácsot adni a betegellátó team számára.

5. Egészségügyi dolgozóként milyen változásokra kell felkészülnöm a gyógyszerelés új rendszerében?

Az egészségügyi dolgozókat érintő változások intézményenként eltérőek lehetnek. A bevezetendő rendszert ajánlott a saját intézmény személyi és tárgyi infrastruktúrájához alakítani. A jógyakorlat a könnyebb bevezethetőség érdekében kitér a változások gördülékeny és lépcsőzetes bevezetésére is. A jógyakorlatok elindulásának és fennmaradásának záloga, hogy az érintett szereplők előzetes oktatáson vegyenek részt az új feladatok megismerése és a közös konszenzus kialakítása érdekében.

Rövid módszertani ismertető

A jógyakorlatok fejlesztési módszertanát a 2.1. pont tartalmazza.

4.4.

NTERJÚK AZ EGYEDI GYÓGYSZERELÉS JÓGYAKORLAT-KÉPZÉSBEN ÉRINTETTEKKEL

Interjúalanyok:

Dr. Kis Krisztina *főorvos, Szent János Kórház II. Belgyógyászat, anyagcsere subintenzív őrző vezetője. A projektben végzett tevékenységei: egyedi gyógyszerelés jógyakorlat-fejlesztő, oktató, beteg által behozott gyógyszerek ügyében oktató, szervezetfejlesztésben közreműködő szakértő*

Dr. Kozma Ádám *főgyógyszerész, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház. A projektben végzett tevékenységei: egyedi gyógyszerelés jógyakorlat-fejlesztő és moderátor, oktató, beteg által behozott gyógyszerek ügyében jógyakorlat-fejlesztő*

Dr. Gyurcsányi András *főgyógyszerész, Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet. A projektben végzett tevékenységei: hallgatóként vett részt az egyedi gyógyszerelés jógyakorlat-képzésben*

Miért tartja fontosnak a „jógyakorlatok" alkalmazását?

Kis Krisztina (KK): Rengeteg buktatója van az egészségügyi ellátásnak. A hibák jó részét megfelelő szervezéssel, a már meglévő jógyakorlatokkal – ki lehetne küszöbölni, ezzel is csökkentve az egészségügyi munkával járó frusztrációt. Csak olyan tapasztalatot osztunk meg másokkal, ami máshol már bizonyítottan javította az ellátás színvonalát, és biztatjuk a hallgatókat azok implementálására.

Gyurcsányi András (GyA): A minőségbiztosítás és a betegbiztonság az egyik legfontosabb feladat a napi munkánk során. A jógyakorlat-képzés számomra annak a felismerését jelentette, hogy van olyan szemlélet, amely a napi munka során hatékonyabbá és biztonságosabbá teszi a gyógyszerellátást.

Hogyan jellemezné a jógyakorlat-képzéseket és mit tartott a képzés legnagyobb értékének?

KK: Azt, hogy interaktív, újszerű, szakmai és multidiszciplináris. Ezen túlmenően pedig nem csak a hallgatók, hanem az oktatók számára is csapatmunkát jelent, azzal a biztos tudattal, hogy egy rendkívül elhivatott, szakmailag magas szintű, fáradhatatlan csapat áll mögöttünk is, akik folyamatosan segítik a munkánkat és biztatnak bennünket.

A képzés legnagyobb értékének azt tartom, hogy ezen a módon rendszeresen, szervezetten és szisztematikusan foglalkozunk a betegbiztonság kérdésével. A legfontosabb az a belátás, hogy a betegbiztonságot tanulni kell és folyamatosan fejleszteni lehet, az ehhez vezető első lépés pedig az, hogy gondolunk rá.

GyA: A jógyakorlat-képzés számomra is gyakorlatorientált, a mindennapi problémák megoldására inspiráló javaslatokat adott. A képzések oldott formában zajlottak, az oktatók jó hangulatot teremtettek a különböző helyekről érkező egészségügyi szakemberek számára, és kísérletet tettek a különböző végzettségű és különböző felelősségi körökkel rendelkező egészségügyi szakemberek közös nyelvének kialakítására is – ami a közös szemlélet kialakulását is nagyban segítette. A képzés legnagyobb értékének a betegbiztonság fontosságának hangsúlyozását, a probléma felvetését és a sikeres megoldások bemutatását tartom.

Mennyiben volt újszerű a jógyakorlat-képzéseken alkalmazott oktatási módszer, és miért tartja eredményesnek ezeket?

KK: A train the trainer („a képzők képzése") képzést eddig csak hallomásból ismertem, most azonban komplex felkészítés során próbáltak alkalmassá

tenni bennünket arra, hogy egy heterogén társaságot órákon keresztül le tudjunk kötni, a saját lelkesedésünkkel tudjuk őket motiválni, valamint érzékenyíteni őket a téma fontossága iránt. A képzés elején megkérdeztek bennünket arról, hogy szerintünk egy kétszer öt órás képzés mekkora eséllyel változtatja meg a hallgatóság gyakorlatát. A magam részéről akkor még elég szkeptikus voltam. A képzés végére viszont elhittem, hogy már egy-két fecske is nyarat csinálhat, ha nagyon hisz benne, és az oktatás során ezt a hitet és lelkesedést át is tudja adni a hallgatóságnak.

Kozma Ádám (KÁ): A gyakorlatorientált, csapatmunkára épülő oktatási módszer megismerése és megtapasztalása ráébresztett arra, hogy még egy előadás megtartását is lehet másképpen csinálni. Azzal, hogy szakítottunk a frontális előadások módszereivel, és interaktívan, problémaorientáltan és új perspektívában sikerült a szakmai csoportok elé vinnünk a jógyakorlatokat, sikeresen felkeltettük az érdeklődésüket is. Ha ez csak kis mértékben is gondolatébresztőként hatott, akkor már megérte. A hallgatói visszamérések is arról tanúskodnak, hogy élvezték és megértették az elhangzottakat.

GyA: A képzéseken a problémafelvetés és -megoldás, a közös munka, a prezentáció és egymás munkájának értékelése terén is tapasztaltam az újszerűséget. Úgy gondolom, hogy a megtanultakat alkalmazni tudjuk a mindennapi munka során, amivel ténylegesen javítani tudjuk a betegbiztonságot.

Kiknek és milyen formában ajánlaná a jógyakorlat-fejlesztéshez kapcsolódó módszer alkalmazását?

KK: Az oktatásokra intézetenként különböző munkakörből érkező hallgatókat vártunk. Részt vettek szakdolgozók, gyógyszerészek, orvosok, sőt a menedzsment tagjai is. Úgy gondolom, külön-külön is profitálhattak belőle, de még inkább csapatként. Minden olyan helyzetben hasznos lenne ez, amikor szeretnénk egy részfolyamatot a betegbiztonság szempontjából áttekinteni, a lehetséges hibaforrásokat feltárni és azokat kijavítani – tehát mindenhol. Ezért mindenkit, aki a betegellátásban kicsit is elhivatott, arra bátorítanék, próbáljon meg egyszer együtt gondolkozni!

GyA: A képzést minden egészségügyben dolgozónak ajánlanám, hogy náluk is szemléletváltást hozzon el, és ezzel pozitívan hasson a biztonságos gyógyszerelés irányába.

Hogyan készültek fel az oktatásra, és milyen emlékei vannak a felkészülésről?

KK: A fejlesztés során a programvezetők nagy hangsúlyt fektettek arra, hogy olyan képességekben szerezzünk jártasságot, amelyek a téma iránti elkötelezettségünket mélyítik, hitelesebbé téve bennünket az oktatói szerepben. Mi nem vagyunk coachok vagy pedagógusok, pedig a jó oktatáshoz nem elég az ösztön, ez egy külön foglalkozás, amelyből kaptunk egy kis ízelítőt a módszertani felkészítés során.

KÁ: Megnyugvással és önigazolással töltött el szinte valamennyiünket, hogy legyen szó bármely diszciplináról, a „problémák” valósak és összefüggenek. Mindannyiunknak megvan a saját álláspontja, ugyanakkor a felkészülések alkalmával közös nézeteket és elveket tudtunk megfogalmazni, amelyeket végül bátran és örömmel képviseltünk. Az előkészületek és a fejlesztések minden napja és perce megérte, és örülnék annak, ha ilyen és ehhez hasonló törekvések valamennyi, a rendszerben résztvevő személy számára elérhetők és megtapasztalhatók lennének.

Milyen tapasztalatokat szerzett szakértőként a jógyakorlat-fejlesztésen és az oktatásokon? Eredményezett változást a saját szakmai tevékenységében? A képzésen elsajátítottakat hogyan tudta beépíteni a mindennapi munkájába?

KK: Sokkal nagyobb nyitottságot tapasztaltam az oktatáson, mint amire számítottam. Még azokat is sikerült bevonni a közös gondolkozásba, akik a saját bevallásuk szerint csak azért voltak az oktatáson, mert odaküldték őket! A visszajelzések alapján a résztvevők az egyik legnagyobb értéknek a csapatmunkát találták, és nem csak az oktatás során, hanem a házi

feladatok elkészítése közben is. Ezt az oktatás külön értékes hozadékának látom. Minden alkalommal megéltem, hogy a szakdolgozók sokszor jobban látják a kockázatokat, de az egészségügyi kultúra nem teszi lehetővé azt, hogy ezen változtassanak, vagy hogy egyáltalán visszajelzést adjanak. A közös munka ezen is változtatni tud, és talán ebben is elősegítette a szemléletváltást.

KÁ: A jógyakorlatok nem valamilyen módszerek és folyamatok egzakt leírását jelentik. Nem adnak kész forgatókönyvet arról, hogyan kell megvalósítani a folyamatokat. A szemlélet formálásával ugyanakkor képesek lehetünk arra, hogy kilépjünk a komfortzónánkból és valami újba kezdjünk bele. Napi szinten találkozunk újabb és újabb megoldandó feladatokkal, helyzetekkel és igényekkel, amelyeket be kell csatornáznunk a meglévő rendszerekbe. Éppen ezért célunk, hogy olyan gyakorlatokat képezzünk és használjunk, amelyek rugalmasan tudnak reagálni a külső változásokra, illetve a rendszer sajátságaira, és így mérsékelni képesek azok sérülékenységét.

A képzések során feldolgozott témák a mindennapi munkánk részei. A jógyakorlatokra minden eddiginél nagyobb szükség van az egészségügyben. A segítségükkel multidiszciplináris teameket formálhatunk, leírhatjuk az ellátás során elvárt feltételeket, valamint segíthetnek a különböző kompetenciakörök kialakításában és formálásában is. Az új módszerek alkalmazása során nem csupán a betegbiztonság a fontos, hanem a dolgozók biztonsága is. Ha mindenki azt csinálja, amihez ért, és azt jól definiált keretek között teszi, akkor ennek a feltételeit is megteremthetjük.

GyA: A kezdeti ismerkedési fázis után a résztvevők gyorsan érdeklődővé váltak, és a közös munka során sok jó, a gyakorlatban is alkalmazható ötletet és megoldást láthattunk, hallhattunk a felvetett problémákra.

Ön az egyedi gyógyszerelés témakörében több jógyakorlat-képzésen is részt vett. Ezek közül melyik volt az Ön számára a legemlékezetesebb? Miért?

GyA: A legemlékezetesebb számomra az intelligens pumpa helyes alkalmazásáról szóló képzés volt. Ez az eszköz ugyanis a nagy kockázatú betegek esetében is lehetővé teszi a biztonságos gyógyszeradagolást, ráadásul nem csak az intenzív osztályon lehet alkalmazni.

A jövőben hol lehetne helye a módszerek alkalmazásának? A módszertan, a jógyakorlat vagy a képzés alapján lát lehetőséget a kultúraváltozásra?

KK: Mint mondtam, a felkészülés során még szkeptikus voltam, egy 10-es skálán 2–3-ra tettem annak az esélyét, hogy valamit meg tudunk mozdítani a jelenlegi egészségügyi helyzetben. Ezt ma már magasabbra pontoznám. Ugyanis minél többen és többször gondolkozunk közösen egy témáról, annál biztosabb, hogy el tudunk mozdulni a kultúraváltás irányába. Talán nem is az a legfontosabb, hogy egy intézetben bevezessenek egy jógyakorlatot, hanem az, hogy a saját környezetében mindenki felismerje a kockázatos folyamatokat, és ezeken változtatni akarjon. Ennek a szemléletnek a magját, remélem, sikerült elültetni a képzéseken.

KÁ: A kialakított módszertanok és jógyakorlatok jó alapot adhatnak ahhoz, hogy megtegyük az első lépéseket a változtatás irányába. Itt viszont nem szabad megállni, újra és újra elő kell venni azokat annak érdekében, hogy tömegeket mozgathassunk meg, és elérjük, hogy azokhoz minél többen csatlakozzanak. Tudjuk, hogy a lényeg nem a vezetésben, hanem a mozgalom kialakításában, az elkötelezett csoport vonzerejében van.

GyA: Az én tapasztalatom alapján a képzés hatására kellő elkötelezettség alakulhat ki az egészségügyi dolgozókban. Sőt a képzések során elsajátított módszerek olyan kultúraváltozást is hozhatnak, amelyek következtében a dolgozók is jobban és sikeresebben tudnak a betegellátásban dolgozni.

Mit tanácsolna azoknak, akik egy-egy jógyakorlat intézményi bevezetésében gondolkodnak? Mire van szükség a bevezetéséhez?

GyA: Szánjanak időt és energiát a megismerésére, és legyenek elkötelezettek, továbbá megfelelően kiválasztott személyek vegyenek részt hasonló képzéseken. Egy-egy jógyakorlat megismerése után tervezzék meg, miként lehet a tanultakat – az intézményi sajátosságaikat is figyelembe véve – a napi gyakorlatban sikeresen alkalmazni.

5

MŰTÉTI ELLENŐRZŐ LISTA

Az altatásos sebészeti ellátások a betegellátás legkockázatosabb tevékenységei közé tartoznak. A kockázatok nem csupán a műtőben zajló tevékenységnél vannak jelen, hanem a megelőző folyamatoknak is fontos szerepük van. Ilyen például a betegek felkészítése a műtétre vagy a műtő alkalmassá tétele a beavatkozás elvégzésére. A kapcsolódó folyamatoknak komplex egységet kell alkotniuk annak érdekében, hogy a beavatkozást eredményesen, hibamentesen lehessen végrehajtani.

Az Egészségügyi Világszervezet, felismerve a műtéti tevékenységek jelentős betegbiztonsági kockázatait, több országon átívelő fejlesztést végzett egy olyan eszköz kidolgozására, amely abban segíti az ellátókat, hogy még azelőtt felismerjék és kezelni tudják a kockázatokat, mielőtt azok kárt okoznak a betegek számára. A kidolgozott sebészeti ellenőrző lista használata bizonyítottan javítja az ellátás biztonságát, de csak akkor, ha az ellátók megfelelően alkalmazzák azt. Projektünkben módszertani útmutatót és a gyakorlati bevezetést segítő jógyakorlatot dolgoztunk ki annak érdekében, hogy ezen keresztül is segítsük az ellenőrző lista minél szélesebb körű, megfelelő módon történő használatát.

Felelős konzorciumi partner:
Állami Egészségügyi Ellátó Központ (jelenleg: Országos Kórházi Főigazgatóság)

A témablokk szerzői

Dr. Kovács Erika Krisztina
Magyar Berényi Annamária

5.1.

A MŰTÉTI ELLENŐRZŐ LISTA ALKALMAZÁSÁRA VONATKOZÓ MÓDSZERTANI AJÁNLÁSOK ÉS A MŰTÉTI ELLENŐRZŐ LISTA ADAPTÁCIÓJA

A WHO műtéti ellenőrző listájának alkalmazása jó lehetőség a műtéti folyamatok kockázatainak csökkentésére.

A műtő kiemelten magas kockázatú hely, ahol a műtéti ellátáshoz kapcsolódóan rendkívül súlyos nemkívánatos események fordulhatnak elő.

A betegek biztonsága, azaz a hibák és az elkerülhető szövődmények előfordulásának csökkentése érdekében a sebészeti ellenőrző lista utolsó védelmi eszközként szolgál az anesztézia, illetve a bemetszés megkezdése, valamint a műtőből való távozás előtt.

A WHO kidolgozta a biztonságos sebészeti ellátást segítő ellenőrző listát, illetve az ajánlást a helyi viszonyokra való adaptálás szempontjaira. Az eljárás azon alapvető gyakorlati teendők ellenőrzésére szolgál, amellyel az operációban részt vevő szakterületek feladatai mellett a hatékony csapatmunkát is szavatolni lehet. A magyar módszertani ajánlás tartalmazza a magyarországi alkalmazáshoz kapcsolódó általános és szakmaspecifikus ajánlásokat is, amelyek lehetővé teszik a magyar viszonyokra alkalmazható egységes módszer bevezetését.

1. Mit nyerhetek az ellenőrző lista alkalmazásával?

Biztosítani lehet vele, hogy csak a megfelelően előkészített betegeknél kerüljön sor a műtétre, s a betegek mindenképp a számukra tervezett műtéten essenek át. Bizonyított, hogy az ellenőrző listák megfelelő módon történő alkalmazásával csökkenteni lehet a posztoperációs szepszist, a szív- és érrendszeri komplikációkat, tromboembóliákat, a műtét utáni halálozást és a nem tervezett reoperációk előfordulási gyakoriságát is.

2. Hogyan és kiket bevonva tudom adaptálni az ellenőrző listát?

A szakmák speciális gyakorlatának megfelelően, az érintett szakterületek képviselőivel együttműködve adaptálható és kiegészíthető a lista tartalma, az alkalmazás területei, valamint az ellenőrzés és a dokumentálás formája.

3. Milyen tényezők segítik a bevezetést?

Kevés többleterőforrást, időt és technikai felkészültséget igényel, azonban vezetői támogatást, elkötelezettséget, csapatmunkát és együttműködést, kommunikációt tesz szükségessé.

4. Hogyan oldjam fel a munkatársak ellenérzését?

Hangsúlyozni érdemes, hogy a folyamatba beépített szabályozás és munkarend biztonságot adhat, a hibáinkból való tanulás és a változásra való képesség pedig az ellátás minőségét és az elégedettséget is növelheti. A munkatársaknak meg kell érteniük, hogy az ellenőrző lista megfelelő használata az ő munkájukat is segíti és biztonságosabbá teszi, és segítséget nyújt a rövid távú emlékezet korlátainak legyőzéséhez.

5. A bevezetését követően hogyan biztosítható a fenntartása, valamint a folyamatos fejlődés?

Javasoljuk, hogy folyamatosan kövessék nyomon és értékeljék a tevékenységet és az ellenőrző lista alkalmazását. Továbbá hatékony segítséget nyújt ebben a rendszerezett adatgyűjtés és elemzés, az eredmények visszacsatolása és megbeszélése, szükség esetén pedig a korrekció.

Rövid módszertani ismertető

Egy multidiszciplináris munkacsoport félig strukturált kérdőívvel felmérte a hazai gyakorlatot a sebészeti ellenőrző lista alkalmazásával kapcsolatban. A céljuk az volt, hogy ezt figyelembe véve egészítsék ki a WHO ajánlásait és tegyék meg a bevezetésre és a használatra vonatkozó javaslataikat a WHO sebészeti ellenőrző lista alkalmazásának megkönnyítése érdekében.

A tanulmányban a WHO által megfogalmazott célkitűzések és ajánlások mellett a munkacsoport kiegészítéseit és javaslatait dőlt betűk jelzik.

5.2.

A MŰTÉTI ELLENŐRZŐ LISTA ALKALMAZÁSA – JÓGYAKORLATOK

A WHO hatásvizsgálatában részt vett orvosok 98 százaléka szeretné, ha rajtuk végzett műtét esetén alkalmaznák a műtéti ellenőrző listát.

A WHO műtéti ellenőrző listájának három részét az altatás előtt, a sebészi bemetszés előtt és a műtét végén kell felolvasni.

Az altatás előtti részben lehetőség van még egyszer utoljára ellenőrizni, hogy minden rendelkezésre áll-e a műtét elkezdéséhez. Ide tartozik a betegdokumentáció vagy a képalkotó vizsgálatok elérhetőségének ellenőrzése, de magának a betegnek és a műtéti oldalnak az azonosítása is. A műtét elkezdése előtt mód van a sebészek, az anesztézia és a személyzet közötti utolsó egyeztetésére (milyen típusú a műtét; várható események a műtét során; sterilitás). A műtét végén az eszközök számolásának, a szövettani minták helyes kezelésének, vagy épp a beteg áthelyezésének visszaellenőrzése biztosítja a műtét utáni ellátás zavartalanságát. Amennyiben az ellenőrző lista kérdéseire adott válaszok megerősítik, hogy az abban foglalt tevékenységek korábban már végbementek, és csak ebben az esetben folytatják a beavatkozást, akkor a műtét a várt eredménnyel valósulhat meg. A jógyakorlat abban nyújt támogatást az egészségügyi szolgáltatók számára, hogy ezeket a tevékenységeket milyen lépések és feltételek mellett célszerű megvalósítani, illetve hogyan érhető el, hogy a gyakorlatban az elvárásoknak megfelelően valósuljon meg az alkalmazásuk.

1. Mit lehet tenni, hogy gyorsan, egyértelműen és jól lehessen megválaszolni az ellenőrző listát?

A műtéti ellátás folyamatát (pl. az oldaljelölést) kell szabályozni úgy, hogy a lista csak egy utolsó ellenőrzés legyen, ne akkor kezdjék pótolni a hiányokat. Sokszor a műtét előtti egész folyamatot rendbe kell tenni ahhoz, hogy a rákérdezéskor már ne legyen fennakadás.

2. Melyik folyamat fejlesztéséhez kezdjünk hozzá először?

Az egyes folyamatokat egymás után fejlesszük, ne egyszerre. Kezdjük a legkritikusabbal és/vagy a legkönnyebben módosíthatóval.

3. Hogyan vezessem be a használatát?

Az adaptációt követően az érintett szakterületek munkatársaival ki kell alakítani és szűkebb területen ki kell próbálni a hiányzó folyamatlépéseket, majd szükség szerint el kell végezni a módosításokat, míg végül ezután sor kerülhet a bevezetésére.

4. Hogyan vonjam be a munkatársakat?

Érjük el, hogy érezzék a fontosságát, az esetleges műtéti kockázatok súlyát, és az egyes részfolyamatok szabályozásával, lépésenként változtatva haladjunk a bevezetés felé. Az apró sikereknek is örüljünk együtt.

5. Kiknek és miért kell felolvasnia az ellenőrző listát, mi értelme bemutatkozni?

Felolvashatja bárki, ha az előírt fázisban a kompetens személy válaszol. A bemutatkozás pszichésen segíti, nyíltabbá teszi a további team-kommunikációt, segíti az együttműködés, a csapatmunka kialakulását.

Rövid módszertani ismertető: A jógyakorlat fejlesztési módszertanát a 2.1. pont tartalmazza.

5.3.

INTERJÚ A MŰTÉTI ELLENŐRZŐ LISTA JÓGYAKORLAT-OKTATÓJÁVAL

Interjúalany:

Dr. Kovács Erika Krisztina, *a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet stratégiai és minőségügyi igazgatója. A projektben végzett tevékenységei: műtéti ellenőrzőlista alkalmazása – jógyakorlat-fejlesztő, oktató, szervezetfejlesztésben közreműködő minőségbiztosító szakértő*

Miért tartja fontosnak a „jógyakorlatok" alkalmazását?

A központi ajánlás mentén kidolgozott jógyakorlatokat a helyi specifikumok mentén lehet megvalósítani. Nagyon sok segítséget jelent az intézetek számára, hogy a magas kockázatú folyamatokat nem helyben kell felismerni, az erre vonatkozó legfrissebb szakirodalmat nem helyben kell áttekinteni, hanem standardok, ajánlások vonatkoznak rájuk. A jógyakorlat-képzés emellett a bevezetéshez is gyakorlati segítséget ad.

A jógyakorlatok képzésfejlesztőjeként és oktatójaként mit tartott a képzés legnagyobb előnyének?

A legnagyobb erőssége, hogy tématól függetlenül mind az oktatókat, mind a résztvevőket érzékenyíti a betegbiztonság, a magas kockázatú folyamatok, a kockázatfelismerés és a kockázatok kezelése iránt. Olyan szemléletmódot ad, amely lehetővé teszi, hogy az ember a napi munka végzése közben felismerje azokat a lehetséges veszélyeket, amelyek hibákhoz vezethetnek.

Milyen változást eredményezett saját szakmai munkájában a fejlesztői és oktatói tevékenység ellátása?

A fejlesztői tevékenység segítette minőségügyi vezetői munkámat abban, hogy hogyan lehet az embereket érzékennyé tenni a betegbiztonság témája iránt, legyenek akár vezetők, akár beosztott dolgozók, másrészt pedig abban is megerősített, hogyan kell moderátorként menedzselni a munkacsoportok megszervezését és vezetését anélkül, hogy a saját véleményemet, elképzelésemet erősíteném.

Természetesen a képzésnek köszönhetően újabb ismeretekre is szert tettem, illetve újra áttekintettük a saját intézetünkben zajló folyamatokat, és további fejlesztési pontokat kerestünk, amelyeknek a megvalósítása folyamatban van.

Hogyan készültek fel az oktatásra, és milyen tapasztalatokat szereztek?

Annak ellenére, hogy számos helyen oktatok, és minőségügyi vezetőként több belső oktatást is végeztem, ilyen célzott train the trainer (TTT) tréningen még nem vettem részt. Az újdonság részben a technikai ismeretekben állt, például hogy hogyan lehet egy diát figyelemfelhívó, de nem zavaró módon összeállítani. A legfontosabbnak mégis azt tartom, hogy módszereket kaptunk arra nézve, hogyan lehet szemléletet formálni, attitűdöt változtatni, hogyan lehet egy előadást úgy érdekessé tenni, hogy megérintse a résztvevőt és a napi életében is megjelenjen az átadott gondolat. A másik újdonság számomra az volt, hogy megtanultam, hogyan kell kiscsoportban interaktív tréninget tartani, hogyan kell mozgatni a csoportot, milyen dinamika működik akár a képzés, akár később az intézeti fejlesztés során, és hogyan lehet a hatékonyságukat maximalizálni.

Kifejezetten előnyös volt, hogy a TTT tréning alatt megismerkedtünk a többi oktatóval, közösen vettünk részt az oktatási anyag kidolgozásában, és így a páros oktatások során harmonikus, jól együttmű-

ködő, egymásra reagáló oktatópárosokat tudtunk alkotni. Én három különböző emberrel is oktattam, és minden esetben azt éreztem, hogy egymás képességeit maximálisan kihasználva alakítottuk az adott képzést. Nagyon jól kiegészítettük egymást többek között a felmerülő kérdések megválaszolásában.

Mennyiben volt újszerű a jógyakorlat-képzéseken alkalmazott oktatási módszer?

A műtéti ellenőrző lista alkalmazás tudományos hátterének, gyakorlati alkalmazásának és bevezetési módszereinek hallgatókkal történő megismertetését megelőzte az érzékenyítés a betegbiztonság és a magas kockázatú folyamatok iránt. A „svájci sajt"-modell segítségével bemutattuk, hogyan kell rendszerben gondolkodni, a Kotter-modell lépései pedig a bevezetés lépéseihez adott segítséget. Ez a rendszerszemlélet és a kockázatmenedzsment-alapelvek ismeretanyagként és módszerként egyaránt újdonságot jelentettek a korábbi betegbiztonsági képzésekhez képest. Ez a bevezető rész látszólag nem kapcsolódott szorosan a képzés fő témájához, a műtéti ellenőrző lista bevezetéséhez, ugyanakkor olyan alapokat adott, amelyekre könnyen rá lehetett építeni a műtéti folyamat fejlesztését. Ebben látom a képzés legnagyobb előnyét, hisz ezekre az alapokra támaszkodva más betegbiztonsági témában is saját fejlesztési programokat tudnak létrehozni.

Abból kifolyólag, hogy a képzés két nap volt, a kettő között háromhetes szünettel, lehetőség nyílt arra, hogy házi feladatként elvégezzék az első önálló fejlesztési lépéseket, felmérjék az adott intézet működését. A második oktatási nap során abban is tudtunk segíteni már, hogy hogyan lépjenek tovább. Ez a házi feladat, illetve a közös átgondolása segített abban, hogy egyénre szabott oktatást és fejlesztési megoldásokat tudjunk adni minden résztvevő számára.

Miért tartja eredményesnek a képzés során alkalmazott oktatási módszereket?

A képzés két részből áll, az egyik az attitűd megváltoztatása, a szemlélet formálása, a második rész pedig a konkrét minőségfejlesztési projekt, jelen esetben a műtéti ellenőrző lista adaptálása és bevezetése. A képzést emiatt a kettős tartalma miatt tekintem eredményesnek.

Az Ön számára mit jelentett és milyen hozzáadott értékkel bírt a programban való részvétel akár fejlesztőként, akár oktatóként?

Az eddigi képzések és fejlesztések egyik gyenge pontja az volt, hogy a résztvevők nem voltak kellően érzékenyítve és motiválva. Ezt a hiányosságot hidalta át egyrészt a TTT képzés, másrészt pedig a jógyakorlat fejlesztése program.

Amellett, hogy bővült az oktatói kompetenciám, a képzés során sokféle helyi gyakorlattal is megismerkedtem, amelyek rávilágítottak arra, hogy fejlesztőként hajlamosak vagyunk azt gondolni, hogy az adott folyamat egyféleképpen zajlik a hazai intézményekben. De ez csak az alapelvekre igaz. Fontos, hogy a bevezetést a helyi viszonyoknak megfelelően kell ütemezni és mindenütt a helyi kockázatokat kell figyelembe venni, a fejlesztéseket így kell megvalósítani.

Hol lehetne helye a jövőben a jógyakorlat-képzés során használt fejlesztési módszerek alkalmazásának?

A jógyakorlat-képzések ebben a formában bármilyen folyamatfejlesztésre és szervezetfejlesztésre alkalmasak. A TTT képzésen megismert attitűdformálás elengedhetetlen része ezeknek.

Kiknek és milyen formában ajánlaná a jógyakorlat-fejlesztéshez kapcsolódó módszerek alkalmazását?

Elsősorban azoknak ajánlom, akik valamilyen vezető funkciót töltenek be, ugyanis ők lehetőséget kapnak a munkacsoportjuk által végzett folyamatok fejlesztéséhez szükséges vezetői feladatok megismerésére, a módszerek elsajátítására is. Ilyen módszer egy adott probléma okainak feltárása, a jelenlegi helyzet felmérésének módszere, vagy az is, hogy hogyan érzékenyítsük és később hogyan motiváljuk a dolgozókat a változás bevezetésére. A képzés során olyan ismereteket tanulhatnak, amelyek lehetővé teszik,

hogy a napi gyakorlatban felismerjék a kockázati pontokat és a vezetői beavatkozás szükségességét. Emellett vezetőként továbbfejleszthetik a fejlesztő munkacsoportok moderálásának képességét.

Természetesen minden más egészségügyi dolgozónak is ajánlom a képzést, mivel ők is olyan tevékenységeket végeznek, amelyek során csökkenteni szükséges a betegbiztonsági kockázatokat.

A beosztásától függetlenül minden résztvevő profitálhat a képzés során szerzett ismeretekből és készségekből.

Lát-e lehetőséget a módszertan, a jógyakorlat vagy a képzés alapján a szervezeti kultúra megváltozására?

A szervezeti kultúra megváltoztatása hosszú folyamat, amihez a vezetők és a munkatársak folyamatos attitűdjének a megváltoztatására van szükség. A jógyakorlat-képzés ehhez külső segítséget ad. Természetesen belső motivációra is szükség van hozzá, valamint arra az igényre, hogy ez a változás folyamatos legyen, illetve maradjon.

Szakértőként mi volt a jógyakorlat-fejlesztésen és az oktatásokon szerzett saját tapasztalata?

A legpozitívabb tapasztalatom az volt, hogy bár a különböző intézetekben számos eltérő gyakorlat létezik, a folyamat fejlesztésére irányuló alapelvek alapvetően azonosak, és ezzel a képzési módszerrel egyrészt lehetőség nyílik arra, hogy az eltérő gyakorlatot végző intézeteknek átadjuk az azonos általános ismereteket, másrészt viszont arra is, hogy a saját fejlesztésük megvalósításában egyéni segítséget nyújtsunk. Saját tapasztalatom alapján a résztvevő hallgatók szemlélete valóban változott, érzékenyebbek lettek a minőségfejlesztés és a kockázatok felismerésére és menedzselésére. Motiváltak lettek abban, hogy fejlesszék a saját intézeti folyamataikat, a résztvevő vezetők vezetői képességei pedig tovább erősödtek. Ugyanakkor jól látható volt az is, hogy vezetői elkötelezettség nélkül a fejlesztéseket nem lehet végrehajtani. A fejlesztés azokban az intézményekben fog a leghatékonyabban megvalósulni, ahonnan magas szintű vezetőt tudtak a jógyakorlat-képzésre delegálni.

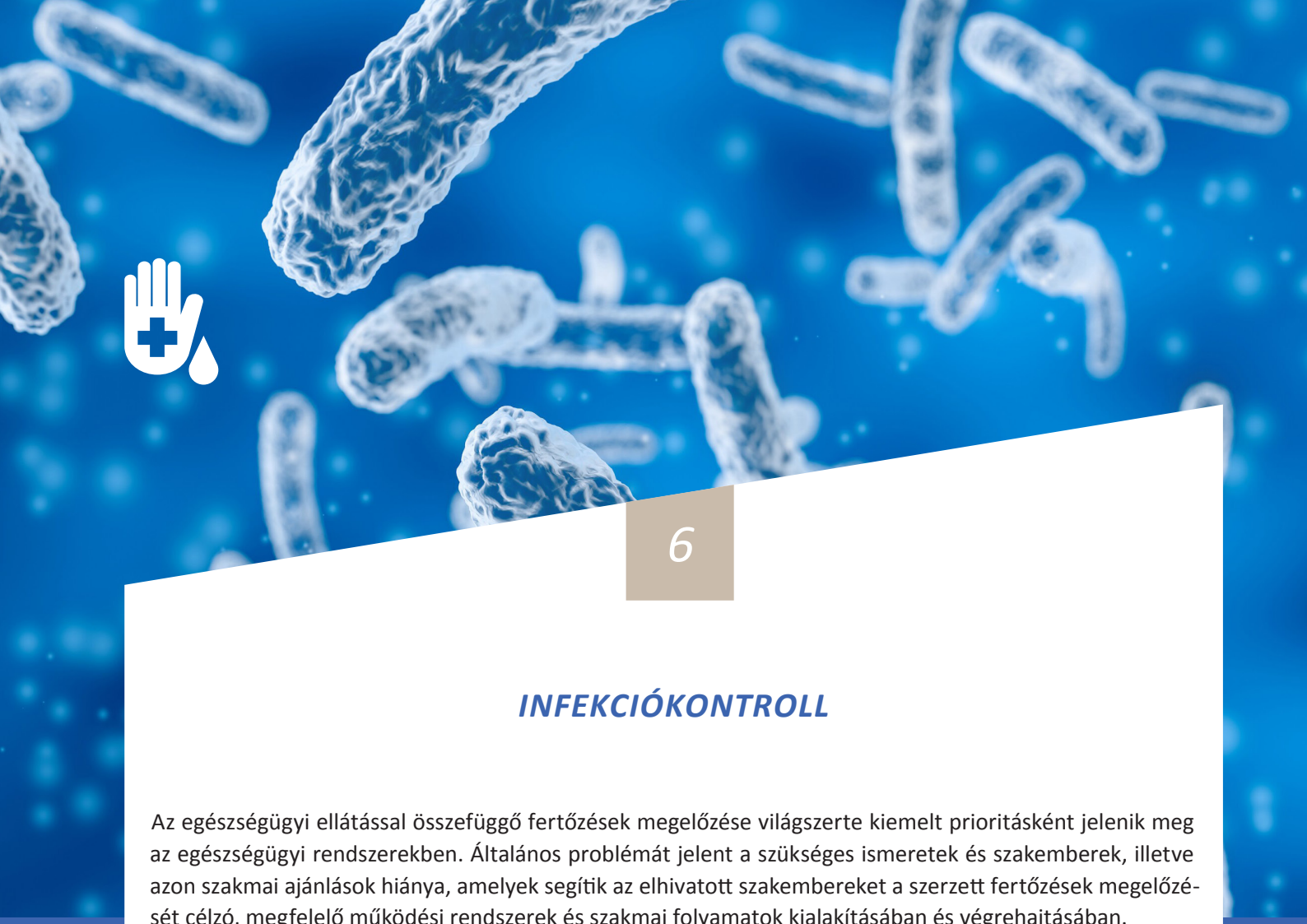
A munkacsoportok többféle beosztású munkatársból álltak. Ez az együttműködés újdonság volt számukra, de előnyösnek vélték és pozitívan fogadták.

Mik voltak a legemlékezetesebb pillanatok az oktatások során? Hogyan fogadták a résztvevők a jógyakorlat-képzéseket?

Örömmel tapasztaltuk, hogy számos hallgató felismerte a rendszerszemlélet olyan összefüggéseit, amelyeket be akartunk mutatni, és már a képzés ideje során más problémákra és folyamatokra is elkezdték alkalmazni.

A legemlékezetesebb pillanat, hogy a „svájci sajt”-modell bemutatásához egy 3D-s bemutatóeszközt alkalmaztunk. Ez annyira szemléletessé tette a modell bemutatását, hogy több nagy oktatási tapasztalattal rendelkező kolléga is visszajelezte, hogy a modellt most sikerült teljesen megértenie.

A résztvevők kifejezetten szerették és maximális figyelemmel követték az előadás interaktív részeit. Noha először nem értették, hogy a veronai buszbaleset hiba–ok-elemzése vagy a Kis Hableány katasztrófájának kockázati valószínűségszámítása hogyan függ össze a műtéti folyamatokkal, ezek a példák érdekesen mutatták be a folyamat fejlesztéséhez szükséges száraz módszerek ismeretanyagát, gyakorlatát. A hétköznapi példák, különösen pedig a műtéti folyamat elemzése lehetővé tette, hogy a későbbiekben is alkalmazzák bármilyen hasonló probléma esetén ezeket a módszereket, valamint további fejlesztéseket hajtsanak végre.



6

INFEKCIÓKONTROLL

Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzése világszerte kiemelt prioritásként jelenik meg az egészségügyi rendszerekben. Általános problémát jelent a szükséges ismeretek és szakemberek, illetve azon szakmai ajánlások hiánya, amelyek segítik az elhivatott szakembereket a szerzett fertőzések megelőzését célzó, megfelelő működési rendszerek és szakmai folyamatok kialakításában és végrehajtásában.

Az infekciókontroll-tevékenységhez kapcsolódó legfontosabb hazai gyengeségeket, hiányosságokat, valamint a kezelésük érdekében megfogalmazott stratégiai célokat és feladatokat az 1.2. pontban ismertetett stratégiai koncepció tartalmazza. Projektünk keretében több olyan szakmai anyagot készítettünk, amelyek illeszkednek ezen koncepció céljaihoz és feladataihoz. Így az intézményi infekciókontroll-tevékenység támogatására elkészült egy, a WHO ajánlásai mentén kidolgozott módszertani útmutató. Egy másik módszertani útmutató az ellátással összefüggő fertőzések megelőzése szempontjából kiemelt jelentőségű témakörrel, a kézhigiéné helyes gyakorlatával foglalkozik. Módszertani levél készült és került hivatalosan is kihirdetésre a négy leggyakoribb kórházi szerzett fertőzés témakörében, ezek a húgyúti katéterrel és az érkatéterrel összefüggő fertőzések, a posztoperatív sebfertőzés, valamint a lélegeztetett betegek tüdőgyulladása.

A kialakított szabályozók biztonságos módon történő helyi kialakításához, gyakorlatba ültetéséhez, illetve működtetéséhez az adott témakörökben kidolgozott jógyakorlatok nyújtanak segítséget.

A témablokk szerzői

Dr. Belicza Éva
Dr. Kardos Gábor
Dr. Safadi Heléna

6.1.

AZ INTÉZMÉNYI INFEKCIÓKONTROLL-PROGRAM KULCSELEMEI – MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ

Az eredményes infekciókontroll-program megvalósításához megbízható, képzett és elhivatott vezetésre és munkatársakra van szükség. A program kialakításának további előfeltétele az intézményre vonatkozó helyzetelemzés és -értékelés, az azonosított infekciókontroll-problémák priorálása, valamint a kockázatcsökkentő beavatkozások azonosítása és beépítésük a helyi éves infekciókontroll-programba.

1. A WHO ajánlásai mennyire ültethetők át a hazai környezetbe? Nem fog nehézséget okozni az ajánlások alkalmazása?

A hazai kórházi infekciókontroll-programokra vonatkozó módszertani útmutató nem egyszerűen a WHO irányelv adaptálása: tartalmazza a hazai vezető infekciókontroll-szakemberek véleményét is, így a hazai egészségügyi rendszerre nézve is specifikusnak tekinthető. A végleges útmutató széleskörű konszenzuson alapul.

2. Miért érdemes implementálni a módszertani útmutatóban szereplő ajánlásokat?

A módszertani útmutatóban szereplő elemek gyakorlati implementációja és végrehajtása jelentősen megerősítheti az országos, illetve a helyi infekciókontroll-tevékenységet. Ezzel csökkenhet az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések előfordulása és az antimikrobiális rezisztencia miatti betegségteher, valamint az erre vonatkozó költség, ugyanakkor nőhet a betegbiztonság és a betegelégedettség is.

3. Az infekciókontroll kulcselemeiről van szó. Melyek ezek?

A WHO nyolc fő komponenst említ, amelyek rendszer- és intézményi szinten is értelmezhetők. (Az elemek leírását lásd az 1. témablokk 2. fejezetének 2. alpontjában.) Valamennyi kulcselem egyformán fontos. Az intézmények dönthetnek úgy, hogy néhány alkotóelemet kiemelten kezelnek a körülményektől, a korábban elért eredményektől és az azonosított hiányosságoktól függően, de hosszabb távon a nyolc komponens együttes alkalmazását kell célként kitűzni.

4. A WHO kiemelten hangsúlyozza, hogy az infekciókontroll-programokban szereplő tevékenységek implementálása multimodális stratégia mentén menjen végbe. Ez alatt mit kell érteni?

A multimodális stratégia 3-5 alkotóelem integrált/egységes végrehajtása. Magába foglalja az olyan különböző eszközöket, mint például az ellátási csomagot és az ellenőrző listákat, amelyeket multidiszciplináris csoportok dolgoztak ki a helyi körülmények figyelembevételével.

Rövid módszertani ismertető

Az intézményi infekciókontroll-program kulcselemeiről szóló – jelen dokumentumban kidolgozott – módszertani útmutató valamennyi meghatározott kulcsfontosságú elem tekintetében a WHO aktív fekvőbeteg-ellátó intézmények infekciókontroll-programjának kulcselemeiről szóló 2016. évi WHO-irányelvének hazai adaptálása. Az elkészült anyag széleskörű szakértői konszenzuson alapul.

Felelős konzorciumi partner: Nemzeti Népegészségügyi Központ

6.2.

A KÉZHIGIÉNÉ MEGFELELŐ ALKALMAZÁSA – MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ ÉS JÓGYAKORLAT

Ments életeket: moss kezet!

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a „Tiszta Betegellátás – Biztonságosabb Betegellátás" program részeként hirdette meg a „Ments életeket: moss kezet" szlogenű kampányát, amely a kézhigiéné fejlesztését tűzte ki célul. A „Kézhigiéné az egészségügyi ellátásban" című, 2009-ben megjelent WHO-irányelv tudományos bizonyítékokon alapuló ajánlásokat tartalmaz az egészségügyi szolgáltatásban szükséges kézhigiéné gyakorlatához. Bár az ezen WHO-ajánlás alapján elkészült magyar módszertani kiadvány megjelenését követően a hazai önértékelési program eredményei javuló tendenciát mutattak ki, az eredmények nem elégségesek.

A projekt keretében elkészült módszertani kézikönyv célja, hogy a WHO útmutatásait és a nemzetközi, illetve hazai tapasztalatokat felhasználva olyan ajánlás készüljön, amely a multimodális stratégia hazai körülmények közötti alkalmazását támogatja, és ezzel hozzájárul a kézhigiénés compliance és a betegbiztonság növeléséhez. A megfelelő kézhigiéné intézményi szintű megvalósításához a kifejlesztett általános jógyakorlat ad támogatást.

1. Mi a megfelelő kézhigiéné?

A módszertani útmutató részletesen bemutatja, hogy melyek a szükséges kézhigiénés tevékenységek 1) a beteg érintése előtt, 2) aszeptikus beavatkozás előtt, 3) a testváladék-expozíció után, 4) a beteg megérintése után és 5) a beteg környezetének megérintését követően. A módszertani útmutató nemcsak a helyes gyakorlatot ismerteti részletesen, de arra nézve is útmutatást nyújt, hogy hogyan lehet azt bevezetni, megfelelően alkalmazni és ellenőrizni, a betegellátó személyek szemléletformálását is beleértve.

2. Mit jelent a WHO ajánlásban szereplő multimodális stratégia?

A stratégia kulcselemei 1) az új rendszerre való átállás, a rendszer megváltoztatása; 2) a rendszeres képzés, oktatás biztosítása; 3) a folyamatos értékelés és visszacsatolás; 4) az emlékeztetők biztosítása a munkahelyen; és 5) a biztonságos intézményi környezet kialakítása.

3. Évek óta rendszeresen tartunk kézhigiénés oktatást a dolgozóknak és az új munkatársaknak is. Mégsem sikerül jelentős fejlődést elérni ezen a téren. Ad erre vonatkozó ajánlásokat az útmutató vagy a jógyakorlat?

Igen. A stratégiai elemek következetes alkalmazása és a jógyakorlat ajánlásai jelentős segítséget nyújtanak abban, hogy milyen módszerekkel lehet változásokat elérni. Ilyen az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések jelentette probléma megértetése és a kézhigiéné ebben játszott szerepének bemutatása. Segíti a fejlődést a folyamatos ellenőrzés és a visszajelzés a kapcsolódó ismeretekről és a napi gyakorlatról. A támogató fizikai környezet könnyebbé teszi a helyes kézhigiénés gyakorlat kialakítását és fenntartását. További ajánlások találhatók az útmutatóban és a kapcsolódó jógyakorlatban is.

Rövid módszertani ismertető

A módszertani ajánlás alapvetően a WHO multimodális stratégiai alapdokumentumára és az ahhoz kapcsolódó gyakorlati útmutatókra alapozottan készült.
A jógyakorlat-fejlesztés módszertani leírása a 2.1. pontban szerepel.

Felelős konzorciumi partner:
Állami Egészségügyi Ellátó Központ (jelenleg: Országos Kórházi Főigazgatóság) (módszertani útmutató)
Nemzeti Népegészségügyi Központ (jógyakorlat)

6.3.

A HÚGYÚTI KATÉTERREL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZÉSEK MEGELŐZÉSE – MÓDSZERTANI LEVÉL ÉS JÓGYAKORLAT

A húgyúti fertőzés az embereket érintő egyik leggyakoribb fertőző betegség. Igaz ez az egészségügyi ellátással összefüggő húgyúti fertőzésekre és azon belül az eszközhasználattal, azaz a hólyagkatéter-használattal összefüggő fertőzésekre is. Többnyire bakteriális vagy gombás fertőzésekről van szó, s a kialakulásukban ritkán játszanak szerepet más kórokozók. Megfelelő intézkedésekkel ezeknek a fertőzéseknek körülbelül a 70%-a megelőzhető.

1. Hol hibázzuk el leginkább a húgyúti katéterrel összefüggő fertőzések megelőzését?

A jógyakorlat-fejlesztésben résztvevő szakemberek meglátása szerint a két legérzékenyebb terület az indikáció helyes felállítása és a katéteralkalmazás szükséges időtartama. A betegek egy jelentős részénél ugyanis más módszerek alkalmazásával eleve elkerülhető volna a katéter alkalmazása. E módszerek és alkalmazási módjuk azonban sok esetben vagy nem ismertek az ellátók számára, vagy nem épültek be rutinszerűen a gyakorlatukba. Másrészről azt látjuk, hogy nem történik meg rendszeresen a katéter aktuális relevanciájának elbírálása, így napokkal, súlyos esetekben pedig akár hetekkel később történik csak meg annak eltávolítása, illetve elhagyása.

2. Mitől lesz multidiszciplináris és egyben menedzsment-feladat a húgyúti katéterekkel összefüggő fertőzések megelőzése?

Az inkontinencia és a húgyúti katéter alkalmazásának kérdésköre elsősorban az urológia és a neurológia szakterületéhez kötődik. Hiba volna azonban azt gondolni, hogy a kapcsolódó ismeretek csak számukra relevánsak. Egy fekvőbeteg-ellátó intézmény szervezeti egységeinek többségében ugyanis a mindennapi gyakorlat része lehet a katéterrel kapcsolatos teendők köre, gondoljunk csak a műtétekhez kapcsolódó katéterfelhelyezésre, az intenzív osztályokra vagy akár a krónikus és ápolási részlegekre. De a katéterrel bíró betegek elbocsátása és gondozása által ugyanez a kérdéskör az alap- és járóbeteg-szakellátás számára is rögtön kulcskérdéssé válik. Ahhoz pedig, hogy valamennyi szakterület aktuális és kompetenciáinak megfelelő ismerettel és egyben gyakorlattal bírjon a húgyúti katéterek indikációja, típusai, alkalmazási módja, nyomonkövetése, ápolási feladatai, cseréje, illetve relevanciája kérdéskörében, és az egyes ellátók a kapcsolódó tevékenységeiket összehangoltan tudják végezni, a menedzsment koordinációs szervezőmunkájára mindenképp szükség van.

3. Mik a módszertani levél legfontosabb üzenetei az ellátók számára?

A számos ajánlás között alapvető fontossága van annak, hogy tudatosítsuk a betegellátókkal, hogy a katéterviselés infekciós kockázatot hordoz, valamint hasonlóan fontos a belső szabályok megteremtése (pl. indikáció, monitorozás, eltávolítás) és a betartás feltételeinek (pl. oktatás, anyag, eszköz) biztosítása. A folyamatosan végzett surveillance lehetőséget teremt a helytelen ellátási gyakorlat felismerésére és korrigálására. Képzést kell biztosítani a dolgozóknak a technikai megvalósítás megfelelő készségének elsajátításához (pl. katéterek behelyezése, ápolási feladatok).

Rövid módszertani ismertető

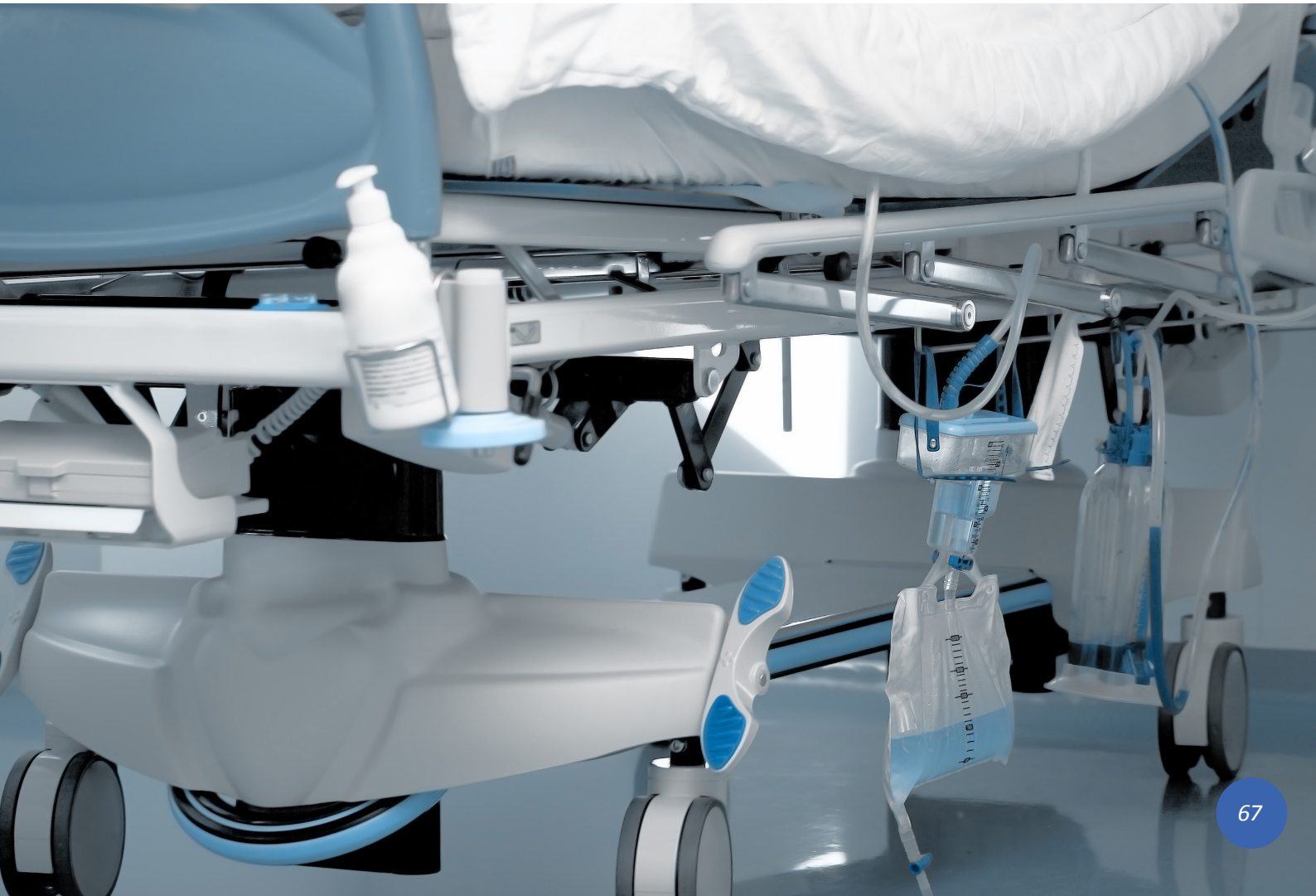
A hólyagkatéterrel összefüggő húgyúti fertőzések megelőzésére vonatkozóan célzott irodalomkutatást végeztünk. Áttekintésre kerültek a nemzetközi egészségügyi, szakmai szervezetek, a fejlett országok angol és német nyelvű nemzeti ajánlásai, irányelvei, illetve a hazánkban megjelent megelőző ajánlás is.

Az irodalomkutatás keresési periódusa a 2007. 01. 01. és a 2017. 12. 31. közötti időszak volt. A talált konkrét megelőző ajánlások feldolgozása módszertani mátrix alkalmazásával ment végbe.

A hivatalos módszertani levelet az NNK Járványügyi és Infekciókontroll Főosztálya a projektben elkészített szakmai anyag alapján készítette el, és az országos tisztifőorvos adta ki.

A jógyakorlat-fejlesztés módszertani leírását a 2.1. pont tartalmazza.

Felelős konzorciumi partner: Nemzeti Népegészségügyi Központ



6.4.

MŰTÉTI SEBFERTŐZÉSEK MEGELŐZÉSE – MÓDSZERTANI LEVÉL ÉS JÓGYAKORLAT

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) adatai alapján a műtéti sebfertőzés a második leggyakoribb fertőzéstípus az Egyesült Államokban és az Európai Unió országaiban. A műtéti sebfertőzések megnövelik a kórházi ápolási időt, valamint másodlagos fertőzésekhez – például véráramfertőzéshez – vezethetnek, illetve ismételt műtétet tehetnek szükségessé, s így jelentős ellátási többletköltséget generálnak és jelentősen ronthatják a betegbiztonságot és a betegelégedettséget. A műtéti sebfertőzések jelentős részét ugyanakkor a bizonyítékokon alapuló perioperatív intézkedések alkalmazásával meg lehet előzni.

1. Miért nem elegendő a műtői higiéné fenntartása a műtéti sebfertőzések megelőzéséhez?

Kétségkívül igaz, hogy a műtői sterilitás és a higiénés szabályok műtét alatti betartása kardinális tényező a sebfertőzések megelőzésében. Ugyanakkor önmagában ez nem elegendő, hiszen a megelőzés a műtét előtti előkészítő és a műtét utáni gondozási időszakot is magában foglalja. A beteg ellenállóképességének műtétet megelőző mind teljesebb helyreállítása, a műtéti program gondos összeállítása, a műtéti terület megfelelő előkészítése, a profilaktikus antibiotikum megfelelő alkalmazása csak néhány az operáció előtti teendőkből, amelyeket a seb szakszerű gondozásának, a sebek szeptikus vagy aszeptikus kötözőben zajló ellátásának tényezői, vagy éppen a fertőzés jeleinek nyomonkövetéséhez, a sebváladékból történő mintavételhez és hemokultúrához kapcsolódó kérdései csak tovább bővítenek. Mindezek a lépések és a bennük rejlő hibalehetőségek is megismerhetők a vonatkozó általános jógyakorlatunkból.

2. Ezt értem. De hogyan tudom felmérni, hogy osztályunkon teljesülnek-e a módszertani levélben szereplő elvárások?

A módszertani levél mellékleteiben szereplő ellátási csomag és értékelő lap segítséget ad a belső, legfontosabb munkafolyamatok felméréséhez, ami alapján vizsgálni lehet az elvárások teljesülését. Az ellátási csomag a sebészeti betegekkel kapcsolatos műtét előtti, közbeni és utáni legfontosabb teendőket foglalja össze, az ellenőrző lap pedig ellenőrző listaként szolgál a megfigyeléses vizsgálathoz. Elegendő megfigyelt esetszám (>=30) esetén indikátorok számolhatók, és a kapott értékek alapján azonosítani lehet a fejlesztendő tevékenységeket.

Rövid módszertani ismertető

Magyarországon 2002-ben adott ki az akkori Egészségügyi Minisztérium műtéti sebfertőzésre vonatkozó egészségügyi szakmai irányelvet. A korszerűsítéséhez irodalomkutatás keretében áttekintésre kerültek a nemzetközi egészségügyi szervezetek sebfertőzés-megelőzésre vonatkozó megújított irányelvei, valamint a szakmailag vezető, fejlett egészségügyi rendszerekkel rendelkező európai országok angol nyelvű nemzeti ajánlásai. Módszertani mátrix alkalmazásával összegzésre és értékelésre kerültek a dokumentumokban szereplő legfontosabb ajánlások. A fejlesztést végző multidiszciplináris munkacsoport konszenzussal fogalmazta meg ajánlásait. A hivatalos módszertani levelet az NNK Járványügyi és Infekciókontroll Főosztálya a projektben elkészített szakmai anyag alapján készítette el, és az országos tisztifőorvos adta ki.

A jógyakorlat-fejlesztés módszertani leírása a 2.1. pontban található.

Felelős konzorciumi partner: Nemzeti Népegészségügyi Központ

6.5.

A LÉLEGEZTETÉSSEL ÖSSZEFÜGGŐ PNEUMÓNIÁK MEGELŐZÉSE – MÓDSZERTANI LEVÉL ÉS JÓGYAKORLAT

A gépi lélegeztetés az egyik legfontosabb invazív beavatkozás az életmentő terápiák között. Mivel a beteg a lélegeztetés minden napján ki van téve a pneumónia kockázatának, kulcsfontosságú a megelőző ajánlások ismerete és alkalmazása. Az ajánlások alkalmazásával és betartásával – irodalmi adatok szerint bizonyíthatóan – csökkenteni lehet a lélegeztetéssel összefüggő pneumónia gyakoriságát és a betegellátás költségét.

1. Melyek a lélegeztetéssel összefüggő pneumónia megelőzésének kritikus lépései?

A szakemberek a megfelelő kézhigiénét, a lélegeztetés típusának helyes megválasztását és a leszoktatás megkezdésének mérlegelését jelölik meg a leghangsúlyosabb lépésekként. Az esetek egy részében körültekintő választással és eljárással elegendő lehet a noninvazív lélegeztetés bevezetése az invazívval szemben, amely önmagában is jelentősen csökkentheti a fertőzés kockázatát. Ha azonban invazív lélegeztetésre kerül sor, a legjobb, ha legalább a mindennapi vizitek szerves részévé tesszük annak mérlegelését, megkezdhető-e és milyen ütemben a lélegeztetésről való leszoktatás.

2. Melyek a leghangsúlyosabb hiányosságaink az ellátás során?

Vélhetően a humán erőforrás hiánya és ennek következtében az egy betegre fordított idő elégtelensége állhat nagyrészt annak a hátterében, hogy sokszor elmarad a lélegeztetett betegek rendszeres szájtoalettje és a megfelelő betegpozicionálás. Emellett a kézhigiéné általános problematikája is nehezíti az ellátás optimális megvalósítását. További lényeges pontok és lehetséges jógyakorlatok ismerhetők meg a Jógyakorlatok Online Katalógusából.

3. Melyek a módszertani levél legfontosabb ajánlásai?

Alapvető fontossággal bír a megelőző intézkedések gyakorlati feladatainak és felelőseinek meghatározása. Az ellátás során többek között törekedni kell az intubálás és a szedálás elkerülésére, a lélegeztetés minél korábbi befejezésére, az aspiráció megelőzésére, a keresztfertőzés elkerülésére és a kolonizáció csökkentésére a módszertani levélben szereplő intézkedések megvalósításával. A módszertani levél a mikrobiológiai mintázás helyes gyakorlatára is kitér.

Rövid módszertani ismertető

A módszertani levél elkészítésekor egy hazai szakértői munkacsoport áttekintette és kritikusan elemezte a rendelkezésre álló szakirodalmat, köztük a nagy nemzetközi egészségügyi szakmai szervezetek ajánlásait, valamint a fejlett országok angol nyelvű nemzeti irányelveit. A módszertani levélben szereplő ajánlások a hazai megvalósíthatóság szempontjait is figyelembe vették.

A hivatalos módszertani levelet az NNK Járványügyi és Infekciókontroll Főosztálya a projektben elkészített szakmai anyag alapján készítette el, és az országos tisztifőorvos adta ki.

A jógyakorlat-fejlesztés módszertani leírása a 2.1. pontban található.

Felelős konzorciumi partner: Nemzeti Népegészségügyi Központ

6.6.

AZ ÉRKATÉTERREL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZÉSEK MEGELŐZÉSE – MÓDSZERTANI LEVÉL ÉS JÓGYAKORLAT

A véráramfertőzések a fejlett országokban a leggyakoribb egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések közé tartoznak. Különös jelentőségük van az érkatéter alkalmazásával összefüggő véráramfertőzéseknek, hiszen az érkatéterek szúrására és gondozására vonatkozó infekciókontroll-óvintézkedések betartása mellett ezeknek a fertőzések a 30–50%-a megelőzhető. Bár a megelőzés alapelvei azonosak, gyakrabban fordul elő a centrális vénás katéterek alkalmazásával összefüggő véráramfertőzés. A véráramfertőzés az egyik legveszélyesebb egészségügyi ellátással összefüggő szövődmény, mely súlyosbítja a beteg állapotát, fokozza a halálozás kockázatát, meghosszabbítja az ápolási időt és növeli az ellátás költségét.

1. Melyek a fertőzés kialakulásának legfontosabb kockázatai az ellátás szempontjából?

Növelik a kockázatot – többek között – az ellátói oldalon befolyásolható alábbi tényezők: a katétert behelyező szakember tapasztalatlansága; az alkalmazott bőrfertőtlenítőszer típusa; a többes lumen; a nagyobb átmérőjű katéter; a centrális katéter elhúzódó alkalmazása (>2 hét), ha a katéter-behelyezés mikroorganizmusokkal kontaminált helyen történik; a katéter helytelen ápolása; a kedvezőtlen nővér–beteg-arány.

2. Melyek a módszertani levél legfontosabb ajánlásai a véráramfertőzések megelőzésére?

A módszertani levélben szereplő szakmai szempontok szerint készüljön helyi protokoll a centrális vénás katéterrel összefüggő véráramfertőzés megelőzésére vonatkozóan, és minden olyan egészségügyi dolgozó részesüljön oktatásban, aki centrális vénás katéter szúrását, illetve ápolását végzi. Arra is szükség van, hogy a célul kitűzött változtatáshoz a munkatársak gyakorlati segítséget és menedzseri támogatást kapjanak. Surveillance alapján célszerű folyamatosan monitorozni a tevékenység megfelelőségét. Ennek végrehajtását a módszertani levél mellékletében található ellenőrző lista segítheti.

3. Mi nyújthat még jelentős segítséget az új kötszerek és érkatéterek beszerzésén túl?

Nem igényel jelentős pénzügyi ráfordítást, ha a katéterek és környékük rendszeres ellenőrzését a mindennapi ápolási folyamatok integrált részévé tesszük. Ebben segítséget nyújthat a VIP-skála (Visual Infusion Phlebitis Score) alkalmazása, de a kívánt hatást ez a módszer is csak akkor éri el, ha rutinszerűen beépül a mindennapi ápolási tevékenységek sorába, az ápolók megfelelő ismeretekkel és gyakorlattal végzik, az eredményének dokumentációja egyszerű és könnyen elérhető, valamint ha a kapott értéknek megfelelő teendők minél hamarabb elvégzésre kerülnek. A skála a lehetséges fertőzések minél korábbi felismerését és a szükséges beavatkozások megtételét segíti, és bármely érkatéter esetén alkalmazható. Az ellátási folyamatokba való beillesztésének hazai mintái intézményi jógyakorlatokból ismerhetők meg.

Rövid módszertani ismertető

A módszertani levél alapját a 2009-ben publikált „Tájékoztató az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről – I. A centrális katéterrel összefüggő véráramfertőzések megelőzése” elnevezésű útmutató (OEK) adta meg. Ezt az ajánlást módosította és egészítette ki egy hazai szakértői munkacsoport egyes

kiemelt nemzetközi és nemzeti irányelvek, az új evidenciák és a hazai gyakorlatban való alkalmazhatóság figyelembevételével. A hivatalos módszertani levelet az NNK Járványügyi és Infekciókontroll Főosztálya a projektben elkészített szakmai anyag alapján készítette el, és az országos tisztifőorvos adta ki.

A jógyakorlat-fejlesztés módszertani leírása a 2.1. pontban található.

Felelős konzorciumi partner: Nemzeti Népegészségügyi Központ

7

OKI KUTATÁSOK

Az oki kutatás jól használható eszköz az egészségügyi ellátás során előfordult nem várt események valódi okainak feltárásához. A megtörtént hibák vagy nemkívánatos események adatainak szisztematikus elemzése segít felismerni a hátterükben álló ismétlődő mintákat, a folyamatok megtervezésében és/vagy működtetésében rejlő hibákat.
A projektben nyolc témában végeztünk oki kutatásokat, az ezekből készült tanulmányokat áttekintve gyakorlati példákon keresztül lehet megismerni azt, hogyan célszerű végrehajtani az elemzéseket, illetve hogyan hasznosulhatnak az eredmények, hogyan segítheti az intézmény működését, a betegbiztonság fejlesztését.
Az oki kutatások elvégzése olyan módszertani ismereteket igényel, amelyek jelenleg nem jelennek meg a hazai képzési programokban. Ezt a hiányosságot igyekszünk pótolni kiadványainkkal. Olyan minőségfejlesztési technikákat és eszközöket mutatunk be gyakorlati példákon keresztül, amelyek alkalmazásával lehetővé válik a tanulás a hibákból és a nemkívánatos eseményekből.

Rövid módszertani ismertető

Az oki kutatások a NEVES jelentési rendszerbe rögzített, megtörtént nemkívánatos eseményekkel kapcsolatos adatok elemzésén alapultak. Az intézmények által jelentett események országos, aggregált adatait elemeztük statisztikai módszerekkel. A téma minél alaposabb megismerése érdekében áttekintettük a kapcsolódó hazai és nemzetközi szakirodalmat, valamint aktuális gyakorlattal rendelkező szakértők bevonásával fókuszcsoportos megbeszéléseket szerveztünk, amelyek tapasztalatait szintén beépítettük a tanulmányokba. Az egyes tanulmányok készítése során alkalmazott módszereket tanulmányonként részletesen ismertettük. Az alkalmazott módszerekkel kapcsolatos részletes tudnivalókat a Módszertani útmutató oki kutatások végzéséhez című kiadványban foglaltuk össze.

Felelős konzorciumi partner:
Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ
Elérhetőségek:
https://info.nevesforum.hu/category/oki-kutatasok/
https://betegbiztonsag.info

A témablokk szerzői

Sinka Lászlóné Adamik Erika
Dr. Dombrádi Viktor
Dr. Mikesy Gergely
Pató Edit
Valasek-Vincze Ildikó
Vörösné Kis Noémi

7.1.

A NEVES JELENTÉSI RENDSZER ÉS A KAPCSOLÓDÓ OKI KUTATÁSOK

Ha egy nemkívánatos esemény bekövetkezte után nem történik meg a rendszer és a folyamatok javítása, „csak" a felelős keresése és megbüntetése megy végbe, akkor a hiba a jövőben egy másik ellátóval és egy másik beteggel ugyanúgy bekövetkezhet.

„Tanulni nem a hiba elítéléséből, hanem csakis a megértéséből lehet." (Rudolf Steiner)

Az egészségügyi ellátások kapcsán kialakult nemkívánatos események ismételt előfordulásának megelőzéséhez az első lépés a bekövetkezett események okainak feltárása. Az okok ismeretében adódik lehetőség arra, hogy célzott intézkedésekkel csökkenteni lehessen a nemkívánatos események előfordulásának gyakoriságát. Az oki kutatás elvégzése az okok szisztematikus feltárásának eszköze.

1. Mi lehet segítségemre az okok feltárásában?

A NEVES jelentési rendszer kifejezetten ebből a célból jött létre. A jelentési rendszerben 21 témában érhető el olyan adatlap, amely segíti a nemkívánatos vagy a nem várt eseményekkel kapcsolatos adatok szisztematikus gyűjtését és elemzését. A rendszer anonim módon teszi lehetővé az adatgyűjtést, és az intézmény számára lehetőséget nyújt saját adatainak az országos adatokkal való összehasonlítására. A jelentési rendszer a hazai egészségügyi ellátók számára regisztrációhoz kötött és ingyenesen elérhető.

2. Mire érdemes figyelnem?

A jelentési rendszer működtetése önmagában nem vezet a problémák megoldásához, a jelentett adatok elemzése, az adatok segítségével megtalált okok, valamint az okok kezeléséhez szükséges változtatások gyakorlatba ültetése azonban igen. Arra vonatkozóan, hogy a jelentési rendszert milyen módon érdemes bevezetni és működtetni, a Módszertani útmutató oki kutatások végzéséhez című kiadványunk, valamint annak A NEVES jelentési rendszer intézményi bevezetése és működtetése tárgyában írt függeléke nyújt segítséget.

3. Mit kezdjek a jelentett adataimmal?

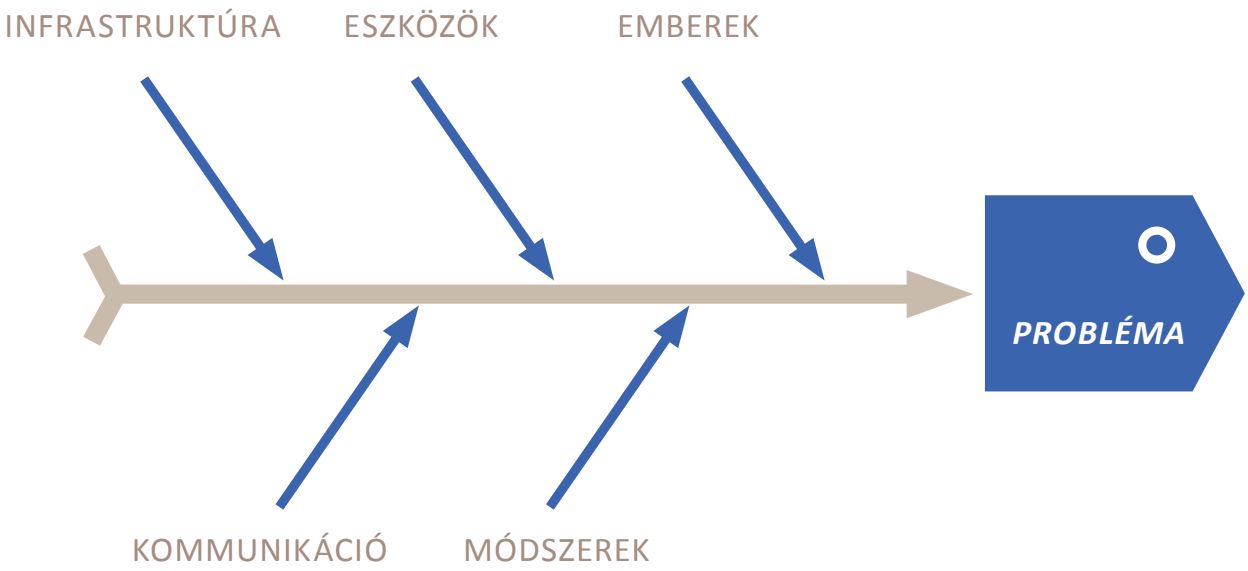
A jelenlett adatok megfelelő alapot szolgáltathatnak az intézmény tervezési, ill. szervezési hiányosságainak feltárásához. Azt, hogy ezt hogyan célszerű elvégezni, nyolc különböző témában végzett oki kutatás segítségével mutatjuk be.

4. Mire tudom használni az oki kutatások alapján készült tanulmányokat?

A tanulmányok eseménytípusonként részletezik a lehetséges okokat és megelőzési lehetőségeket. Lépésről lépésre végigvezetnek azon a folyamaton, amelynek eredményeként megismerhetővé válnak a saját intézmény működésében rejlő kockázatos pontok, segítenek ezek jelentőségének értékelésében, a lehetséges megelőző intézkedések összegyűjtésében és a legeredményesebbnek ígérkező intézkedések kiválasztásában, továbbá támogatást adnak a változtatások sikeres bevezetéséhez.

5. Hogyan kezdjek hozzá?

A NEVES jelentési rendszerbe érkező adatok alapján lehetőség van ún. aggregált oki kutatás elvégzésére. Ez azt jelenti, hogy statisztikailag elemezhető számú előfordult esemény esetében általánosítható következtetéseket lehet megfogalmazni az egyes intézményekben, osztályokon a nemkívánatos események okaira vonatkozóan. Az aggregált oki kutatások végrehajtásához módszertani útmutatót készítettünk, amely részletes ismertetést ad a különböző elemzési, értékelési és változtatásvezetési lépések végrehajtásához.



A kutatás témáit szimbolizáló piktogramok

7.2.

A NEVES FÓRUM

A NEVES Fórum olyan szakmai rendezvénysorozat, amelynek célja a betegbiztonsággal kapcsolatos kölcsönös interaktív tapasztalatcsere, információátadás, a nemkívánatos eseményekből való közös tanulás, végső soron pedig a gyakorlatban hasznosítható ajánlások kidolgozása és megosztása.

Nemkívánatos események előfordulnak.
Ha nem veszünk róluk tudomást, nem beszélünk róluk,
attól még nem lesz belőlük kevesebb.

1. Kik szoktak részt venni a NEVES Fórumon?

A rendezvények célközönségét alapvetően a kórházigazgatók, az ápolási és minőségügyi vezetők, az orvosok, az ápolók, a gyógyszerészek, a döntéshozók, a finanszírozók és a betegszervezetek alkotják, de örömmel várunk minden olyan szakembert, aki elhivatott a betegbiztonság javítása iránt.

2. Hogyan szokott zajlani egy Fórum?

Minden Fórum egy kiemelt téma köré szerveződik, amelyet a vitaindító előadásokat követően egy-egy felkért szakértő moderál. Az események során az eszmecsere részben a létező hazai – pl. a NEVES jelentési rendszerből származó – adatokra alapozva, részben pedig a kapcsolódó szakirodalom, valamint a gyakorlati tapasztalatok bemutatása mentén zajlik. A fő témák mellett minden alkalommal szó esik a betegbiztonsággal kapcsolatos hazai aktualitásokról is, lehetőség nyílik ezek megbeszélésére, valamint egy-egy tanulságos eset rövid bemutatására is.

3. Honnan lehet értesülni az eseményekről?

A rendezvényekre évente öt alkalommal, kéthavonta kerül sor. A közelgő eseményről minden esetben hírt adunk a NEVES Fórum honlapján, valamit az érdeklődőknek arra is lehetőségük van, hogy a hírlevélre feliratkozva e-mailcímükre személyes tájékoztatást kérjenek.

4. Mennyibe kerül a részvétel?

Semmibe. A Fórum látogatása ingyenes, de előzetes regisztrációt kérünk. Ez teszi lehetővé, hogy a téma iránt érdeklődőket a továbbiakban közvetlenül értesíthessük az újabb Fórumokról és az egyéb betegbiztonsággal kapcsolatos rendezvényeinkről.

5. Mi tehetek, ha lemaradtam róla?

A Fórumon bemutatott előadásokat, valamint az eseményről készült összefoglalókat utólag elérhetővé tesszük a Fórum nyilvános honlapján.

7.3.

INTERJÚK A NEVES PROGRAM AKTÍV RÉSZTVEVŐIVEL

A NEVES (NEm Várt ESemények) Fórum egy olyan szakmai programsorozat, amelynek célja a betegbiztonsá gjavítása. A rendszeres szakmai előadások, programok interaktívak, amelyek kiváló alkalmat jelentenek a kölcsönös szakmai tapasztalatcserére, tanulásra és információátadásra.

Bódi Mariannal, *az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet minőségügyi koordinátorával, valamint* **dr. Tihanyi Mariannával,** *a Zala Megyei Szent Rafael Kórház főorvosával és minőségirányítási orvosigazgató-helyettesével beszélgettünk a NEVES Fórummal kapcsolatos tapasztalataikról.*

Rendszeres fórumlátogatóként mit tart a NEVES Fórum legnagyobb előnyének?

Dr. Tihanyi Marianna (TM): Három szóval tudnám jellemezni a Fórumokat: aktuális, tematikus és interaktív. Mindig aktuális témát dolgoz fel az egészségügyi ellátás vagy annak megszervezése témakörében. Az előadások jól vannak felépítve, az előadók különböző területről érkeznek, így széles körben közelítenek meg egy-egy témát. A fórumokon mindig lehetőség van a kérdésekre, a hozzászólásokra, a vélemények megosztására is.

Bódi Mariann (BM): A Fórumon nem csupán „előadások" hangzanak el, hanem olyan betegbiztonságot fejlesztő projektek, jógyakorlatok is, amelyek bárki számára érthetők, és akár a saját intézményemben is megvalósíthatók. A témák szinte mindig érintik az egészségügyi team valamennyi tagját, a problémafeltárások pedig a mélyebben rejlő alapvető okokat is bemutatják, és ezekkel kapcsolatban élethű gyakorlati megoldásokat is szemléltetnek. A Fórumon INGYENES a részvétel, ezért az egész országból rendszeresen érkeznek a résztvevők. Minden Fórumot őszinte és kollegiális légkör jellemez, ami hozzájárul a résztvevők nyílt és őszinte kommunikációjához.

A Fórumokon felvetett témák közül melyik volt az Ön számára a legemlékezetesebb?

BM: Mindegyik emlékezetes valamiért. Most egyet emelnék ki mégis. A legelső alkalom, amelyen részt vettem, talán a második vagy a harmadik NEVES Fórum volt, több mint tíz évvel ezelőtt. A Fórum moderátora feltett egy olyan kérdést, amelyre nálunk már volt egy régóta működő ápolási jógyakorlat. Felszólaltam és ismertettem, amiért olyan elismerő szavakat kaptam cserébe, hogy talán ez motivált arra, hogy azóta is rendszeres résztvevő legyek.

Milyen változást eredményeztek a szakmai tevékenységében a Fórumon szerzett információk?

TM: A Fórumok látogatása szemléletváltozást alakít ki. Egy-egy téma bemutatása, megbeszélése rávilágít arra, hogy az adott problémát milyen módon célszerű megközelíteni. Az ehhez kapcsolódó legutóbbi élményem a központi műtő folyamatait érinti. Az egyik kórház a műtői kapacitásaik minél jobb kihasználásának érdekében tett intézkedéseit, a műtétek tervezését érintő saját gyakorlatát ismertette. Ennek során olyan ötleteket kaptam, amelyeket a mi működésünkbe is be lehet építeni.

BM: A Fórumok hatására rendszerszinten kezdtem el gondolkozni, és eszerint kezdtem el kezelni a felvetődő problémákat is. A munkafolyamatokban felismerem a betegbiztonsági kockázatokat, így a betegbiztonsági szempontoknak megfelelően fejlesztjük és változtatjuk meg azokat.

Kiknek javasolná a Fórumon való részvételt?

TM: Az egészségügyben dolgozók közül azoknak a kórházi, valamint járóbeteg-szakellátásban dolgo-

zóknak, akik valamilyen szinten a folyamatok szervezésével foglalkoznak, vagy ebben részt vesznek. Természetesen a betegágy mellett dolgozókat is érdekelheti egy-egy téma, és ezzel egy kicsit az ő szemléletük is változik. Ezt magam is tapasztaltam.

BM: Mindenkinek, aki szeretné gyakorlati módszereken, projekteken keresztül elsajátítani a betegbiztonsági szemléletet és gondolkodást. Mindenkinek, aki szeretne a megoldásokra fókuszáló, jó hangulatú szakmai rendezvényen részt venni. Jó lenne a kifejezetten a minőségüggyel foglalkozó szakembereken kívül minél több „hétköznapi" dolgozót, ápolót és orvost bevonni a szemléletformálás érdekében.

Milyen személyes tapasztalatokat, élményeket emelne ki a Fórummal kapcsolatban?

TM: Sok olyan téma kerül sorra, amelyeknél az embernek az a bizonyos „aha"-élménye támad, „hogy ja, ez másnak is probléma, ez más kórházban is előfordul". Jó hallani egy-egy megoldást. A kollégákkal való személyes találkozás élménye, a személyes tapasztalatok megosztásának varázsa pótolhatatlan. De őszintén szólva, a járványhelyzet adta online csatlakozási lehetőség nekünk óriási dolog, rengeteg időt takarít meg, hogy nem kell órákat utazni.

BM: Nagyon sok gyakorlati példát és jógyakorlatot hallottam, amelyek közül jónéhányat be is vezettünk az intézményünkben. A NEVES Fórumokon nem csupán előadások vannak és nem csupán résztvevők, hanem örök barátságok is kialakulnak. Ezek az alkalmak arra is szolgálnak, hogy az ország másik felében élő kollégákkal is rendszeresen beszélgessünk és tapasztalatokat cseréljünk.

„A Fórumok hatására rendszerszinten kezdtem el gondolkozni, és eszerint kezdtem el kezelni a felvetődő problémákat is."

(Bódi M.)

A Zala Megyei Szent Rafael Kórház és az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet is a kezdetektől küld jelentőlapokat az előfordult nem várt eseményekről. Dr. Tihanyi Mariannát és Bódi Mariannt ezzel kapcsolatos tapasztalataikról is kérdeztük.

NEVES felhasználóként mit tart a jelentési rendszer legnagyobb előnyének?

TM: A rendszer nagy előnye, hogy az abba betáplált adatok kész statisztikaként érkeznek vissza. Így látni lehet a saját adatokat immár feldolgozva, plusz az országos adatokkal is nyílik összehasonlítási lehetőség. Ezekből lehet következtetéseket levonni, vagy további fejlesztést meghatározni.

BM: A statisztikákat meghatározott időszakokra is kérhetjük diagrammal együtt, évekre visszamenően is. Az adatbevitel egyszerű, bárki számára elsajátítható. A statisztikák pedig segítik a problémás területek azonosítását, a változások követését.

Hogyan sikerült hasznosítani az eddig lejelentett adatokat?

TM: Mi több évig jelentettük a betegesést és a decubitust. A betegesésnél sikerült visszajuttatni az adatokból levont következtetéseket a gyógyító osztályokra. Ezek alapján átdolgozták az ápolási dokumentációt, zajlik az esési kockázatértékelés, amelyhez prevenciós intézkedéseket tudtunk hozzárendelni. A decubitus esetén pedig belső, egységes, elektronikus jelentési rendszert dolgoztunk ki. A jelentőlapot a NEVES jelentőlapjának mintájára dolgoztuk ki.

BM: A NEVES jelentési rendszer indulásakor csak az esésekre fókuszáltunk, így csak azokat jelentettük. Majd az évek múlásával, ahogy ez beépült a napi rutinba, a jelenthető adatlapok számát tovább bővítettük az intézetünk szakmai profiljának és az intézetben megjelenő betegbiztonsági kockázatoknak, nemkívánatos eseményeknek megfelelően. A dolgozóknak pedig az intézeti referáló ülés keretében tartott „auditnapon" adtunk visszajelzést az eredményekről.

Milyen szervezeti légkör javasolt a jelentési rendszer eredményes működtetéséhez?

TM: A legfontosabb a nyílt kommunikáció.

BM: Az elkötelezett menedzsment, ahol a betegbiztonság prioritásként jelenik meg, az őszinte légkör és a hatékony belső kommunikációs rendszer, valamint az elkötelezett dolgozók és néhány motiváló ember.

Mik a tapasztalatok a jelentési rendszer anonimitásával kapcsolatban?

TM: Az EMK felé való jelentéssel kapcsolatban nem volt kérdés, hogy kételkednénk az anonimitásban. Úgy gondolom, sikerült olyan légkört teremteni a kollégák körében, hogy valóban szép számmal hozzák a jelentőlapokat és nem érzik azt, hogy emiatt retorzió éri őket. Tehát nem az a lényeg, hogy ki volt a vétkes, hanem az, hogy vizsgálják ki az okokat és a kezelésüknek köszönhetően egy adott hiba ne forduljon elő újból. Ha az ember jobbító szándékkal kommunikál, akkor működik.

Mit tanácsolna azoknak, akik a jelentési rendszer intézményi bevezetésében gondolkodnak?

TM: Először csak egy témát választanék. Végiggondolnám, hogy ha a visszakapott adatokból az derülne ki, hogy probléma van, akkor mely terület az, amire nekem, mint ellátónak ráhatásom van.

BM: Ne gondolkodjanak, kezdjék el! Tizenegy évnyi tapasztalat után erős meggyőződésem, hogy a megelőzhető esések minimálisra csökkentésében nagy szerepet játszott intézetünkben, hogy dr. Boros Erzsébet a lejelentett adatok eredményét rendszeresen bemutatta az intézeti fórumokon, és megoldásokat, megelőzési módszereket, javaslatokat tett az esések elkerülése érdekében. Ma ott tartunk, hogy az esési adatlapokat, amelyeket eddig csak az ápolók – és ritkán az orvosok – töltötték ki, már a gyógytornászok is kitöltik. Megfelelő munkamegosztást kell kialakítani, több érdeklődő dolgozót bevonni, és rendszeresen kell elemezni és visszajelezni az adatokat. Ha egy téma „kimerül", szüneteltetni lehet, és újabb témákat lehet előtérbe helyezni. A kitöltést végző dolgozókkal is érdemes foglalkozni, részben a megfelelő kitöltést célzó oktatás, részben pedig a kitöltés iránti motiváció erősítése érdekében. Amennyiben van folyamatos motiváció és elköteleződés, és a dolgozók viszontlátják a jelentési lapok eredményeit és hasznát a saját munkájukban, akkor hosszú éveken át is jól fent lehet tartani a jelentési hajlandóságot.

„... nem az a lényeg, hogy ki volt a vétkes, hanem az, hogy vizsgálják ki az okokat és a kezelésüknek köszönhetően egy adott hiba ne forduljon elő újból."

(Dr. Tihanyi M.)

7.4.

AZ ELMARADT TERVEZETT MŰTÉTEK OKAI ÉS A MEGELŐZÉS LEHETŐSÉGEI

A műtétek elmaradásának csökkentése mindenkinek érdeke!

A tervezett műtétek elmaradása világszerte komoly problémaként jelenik meg az egészségügyi ellátórendszerekben. Azon túl, hogy az el nem végzett, előre betervezett műtétek hatalmas anyagi teherként jelennek meg a szolgáltatók oldalán, a betegeket is sok szempontból kár éri. Az ismételt műtéti előkészítés terhei, az elmaradás miatti, nem elhanyagolható mértékű egészségkárosodás mellett fontos probléma a páciensek, illetve a családtagjaik oldalán keletkező bizalmatlanság az intézmények és az ellátórendszer felé. Tanulmányunkban a tervezett, de elmaradt műtétek okait tárjuk fel, illetve ajánlásokat teszünk közzé a lehetséges megelőző intézkedésekre vonatkozóan. A tanulmány mindemellett arra is szeretne rávilágítani, hogy az elmaradt tervezett műtétek fontos problémát jelentenek, amellyel minden műtétes profillal rendelkező ellátó intézménynek foglalkoznia kell a saját magára nézve specifikus okok feltérképezésével, illetve a helyi megoldások kialakításával.

1. Ez Magyarországon is probléma?

Magyarországon jelenleg is nagyon sok előre betervezett műtét marad el, szerte az országban. Az esetleges humánerőforrás-hiány mellett sok olyan tényező is állhat a háttérben, amely megfelelő szervezéssel kiküszöbölhető lehetne.

2. Miért fontos foglalkoznom a témával?

Az elmaradó műtétekkel foglalkozó szakirodalmi kutatások 5% és 30% közé teszik az elmaradó műtétek arányát az összes műtéthez viszonyítva. A NEVES jelentési rendszerbe leadott jelentések alapján a betegek 3–7%-ánál az elmaradó műtét miatt állapotromlás lép fel, és az intézménybe vetett bizalomvesztés még ennél is nagyobb méreteket ölthet.

3. Milyen okok állhatnak az elmaradt tervezett műtétek hátterében?

A kutatás során feltárt legfontosabb okok közé sorolhatók a betegútszervezés hiányosságai, a kommunikációs hibák, valamint a munkaszervezésből adódó problémák. Az oki kutatás során gyűjtött okok teljes listája a tanulmányban érhető el.

4. Milyen intézményi változtatások hozhatnak javulást?

A NEVES jelentési rendszerből nyert adataink alapján a leglátványosabb javulás az operációra készülő páciensek betegútjának jól szervezett menedzselésével érhető el. A fejlesztendő terület természetesen intézményenként eltérő lehet, hiszen van olyan ellátóhely, ahol a betegút-menedzsment már jelenleg is nagyon jól működik. Az oki kutatás során feltárt intézményi hiányosságok megoldását segítve a tanulmányban számos további javaslatot is összegyűjtöttünk.

7.5.

AZ ÉLES–HEGYES ESZKÖZÖK OKOZTA SÉRÜLÉSEK OKAI ÉS A MEGELŐZÉS LEHETŐSÉGEI

Ne szúrj ki magaddal!

Az éles vagy hegyes eszközök használatából eredő kockázatok kezelése kiemelkedő fontosságú, mivel az egészségügyben dolgozók jelentős része szenvedett már el ilyen balesetet a munkája során. Az invazív beavatkozásokat végző dolgozók esetén ez az arány a 80–90%-ot is elérheti. A megtörtént baleseteknek csak a töredékét dokumentálják, és még a dokumentált esetekben sem mindig teszik meg a szükséges intézkedéseket. Európában becslések szerint évente egymillió ilyen jellegű baleset történik, és az egészségügyi személyzeten kívül a takarítók és a mosodai dolgozók is érintettek lehetnek benne (Kurcz & Zemanovics, 2014).[1]

1. Miért veszélyes a tűszúrás vagy a vágás?

Az éles–hegyes eszközökkel okozott sérülések esetén gyakran nem maga a sérülés jelenti a legnagyobb kockázatot, hanem a sérülést okozó eszközön lévő, betegektől származó, vérrel vagy testnedvvel terjedő kórokozók, amelyek a sérült bőrfelszínen keresztül bekerülhetnek az érintett személy szervezetébe.

2. A használt tűre nem szabad visszahelyezni a védőkupakot, mert az sérülést okozhat. Ezt mindenki tudja, nem?

Sajnos közel sincs így. A NEVES jelentési rendszerbe a megtörtént balesetekre vonatkozóan beküldött adatok alapján a jelentett sérülések 12,6%-ában a visszakupakolás is szerepet játszott. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarával együttműködésben végzett kérdőíves felmérésünk eredményei azt mutatták, hogy a többezer válaszadó 21,5%-a általában, 18,8%-uk pedig minden alkalommal visszahelyezi a kupakot a tűre. Mindössze 30,4%-ban válaszolták azt, hogy sohasem helyezik vissza rá a védőkupakot.

3. Sokba kerülnének a megelőző intézkedések?

Sok olyan megelőző intézkedés ismert, amely nem igényel jelentős plusz anyagi befektetést (pl. az egykezes visszakupakolási technika oktatása és alkalmazása, vagy a karton tűgyűjtő doboz védelme az elázástól). Ugyanakkor fontos az is, hogy ha védelmi funkcióval rendelkező biztonsági eszközöket szerzünk be, akkor se feledkezzünk meg azok helyes használatának oktatásáról, különben akár maga a biztonsági eszköz is kockázatot jelenthet a sérülés szempontjából. További lehetséges megelőző intézkedések széles tárháza található a tanulmányban, valamint az ápolásszervezési témakörbe tartozó jógyakorlatok között.

4. Mit lehet tenni a sérülések következményeinek enyhítése érdekében?

A tanulmány 3. függelékében részletesen foglalkoztunk a sérülések következményeivel. Itt csak két fontos gondolatot emelünk ki. Jogszabály kötelezően előírja a hepatitis B elleni védőoltást, az átoltottság azonban egyetlen munkaköri csoportban sem 100%-os. Jelentős a védőoltás hiánya az orvosok és a tanulók, hallgatók körében, valamint a kisegítő, kiszolgáló személyzet tagjai között. Ez utóbbi csoportba tartoztak azok, akik a legnagyobb arányban sérültek meg úgy, hogy előzetesen nem részesültek védőoltásban. Másrészt, bár a szúrt, vágott sérülés esetén az első teendő a szappanos vizes lemosás, a hazai gyakorlatban ez mindössze 18,0%-ban valósult meg.

1 Kurcz, A., Zemanovics, G. (2014). Az egészségügyi intézményekben használt éles vagy hegyes eszközök által okozott sérülések megelőzése. Epinfo, 21. évfolyam 37. 449–457.

7.6.

A DOLGOZÓK BÁNTALMAZÁSÁNAK OKAI ÉS A MEGELŐZÉS LEHETŐSÉGEI

A kórházak személyzetének többsége munkája során tapasztalt már valamilyen típusú agressziót. A dolgozók bántalmazásának megelőzése, a betegek és/vagy hozzátartozók erőszakos viselkedésének a kezelése jelentős kihívások elé állítja az ellátásban résztvevőket. Az intézmények, valamint a munkatársak jellemzően nincsenek kellő mértékben felkészítve az ilyen helyzetek kezelésére. A fizikai sérüléseken túl gyakran számolni kell a keletkezett lelki sérülések kockázatával is.

„Azt, hogy mit bír ki a test, mindig a lélek ereje határozza meg.” (Bear Grylls)

1. Miért fontos foglalkozni a témával?

A publikált adatok alapján a munkavégzéssel összefüggésbe hozható erőszakos események jelentős többsége az egészségügyi szférához kapcsolódik.

Egy hazai vizsgálatban a megkérdezett ápolók 87%-a nyilatkozott úgy, hogy már érte őt valamilyen agresszió a munkája során. A megkérdezett ápolók 31%-át az átélt bántalmazás jelentős mértékben, kedvezőtlenül befolyásolta a további munkavégzésben, 15%-uknál ez a hatás pedig olyan mértékű volt, hogy felmerült bennük a pályaelhagyás gondolata is (Vörösmarty, 2013)[2]. A munkatársak megóvása a törvény szerint a munkáltató felelőssége. „A munkáltató felelős az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeinek megvalósításáért.” (1993. évi XCIII. törvény, 2019)

2. Mit tehetek vezetőként?

A menedzsment részéről a legfontosabb teendő a probléma felismerése, a háttérben rejlő okok és hozzájáruló tényezők feltárása (pl. a NEVES jelentési rendszer segítségével), ezek ismeretében pedig a megfelelő megelőző intézkedések bevezetése. Ehhez ad módszertani útmutatást a témában készült tanulmány.

3. Miért válhat valaki bántalmazóvá?

Az egészségügyi ellátó intézményekben előfordulhatnak feszült, indulatos vagy akár agresszív betegek és hozzátartozók, akiknek a száma a szakirodalmi források és a szakértői egyeztetések alapján is emelkedő tendenciát mutat. Kutatásunk során számos tényezőt azonosítottunk lehetséges okként a bántalmazások hátterében (pl. fájdalom, pszichés betegség, alkoholos befolyásoltság, nem megfelelő kommunikáció, hosszas várakozás stb.). Az egyes okok akár önmagukban is kiválthatnak agresszív cselekedetet. Előfordul azonban, hogy a különböző okok együttes előfordulásakor ezek hatása összeadódik, így a bántalmazás végül akkor is bekövetkezhet, ha az adott okok külön-külön nem vezettek volna agresszív cselekedethez.

4. Milyen bántalmazási formák fordulhatnak elő?

A verbális bántalmazás legjellemzőbb megjelenési formái a sértegetés, szidalmazás, fenyegetés, zsarolás és csúfolódás. A fizikai támadások körébe tartozik például az ütés, a lökés, a rúgás vagy a harapás.

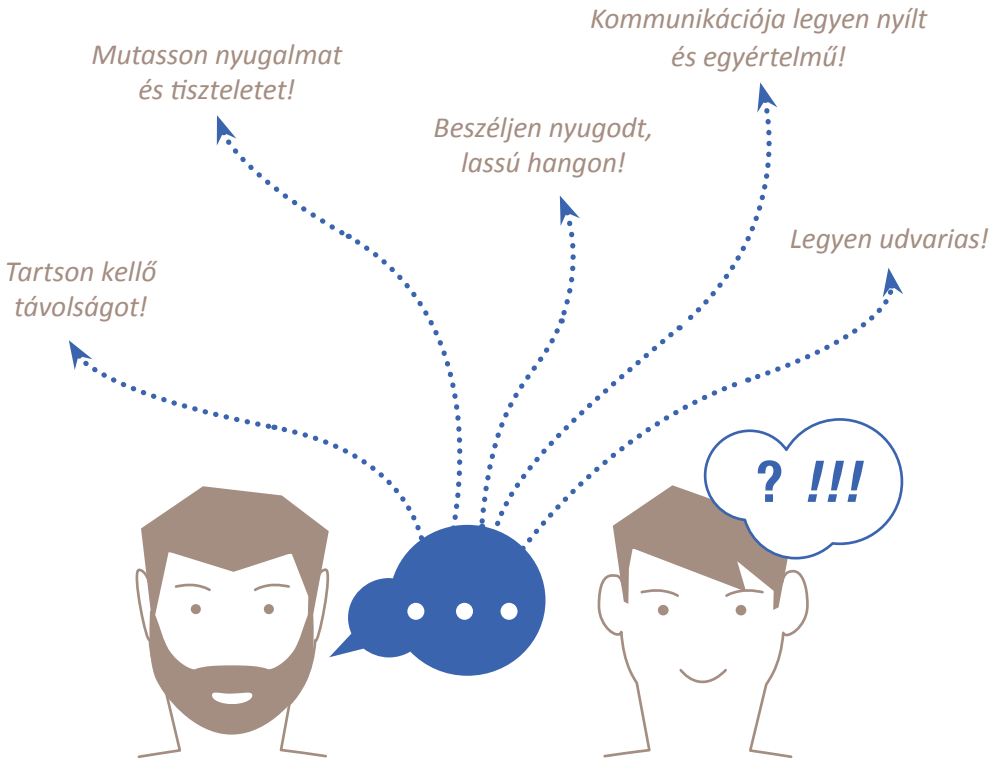
Az egyes bántalmazási formák nem csak elkülönülten fordulhatnak elő, hanem együttesen is. A kutatásunk során vizsgált jelentések 22%-ban verbális agresszióról, 42%-ban fizikai agresszióról, 36%-ban ezek együttes előfordulásáról számoltak be.

2 Vörösmarty, A. (2013) Egészségügyi dolgozók bántalmazásának hatásai az ellátásra. Nyugat-magyarországi Egyetem. Diplomadolgozat.

5. Hogyan előzhetem meg azt, hogy munkatársam bántalmazás áldozata legyen?

Egy jól felépített oktatási program segítségével megtaníthatjuk munkatársainknak többek között az agresszió korai jeleinek felismerését, a verbális technikák megfelelő alkalmazását, a konfliktuskezelési stratégiákat, valamint további fontos tudnivalókat, például a transzkulturális ellátással kapcsolatban javasolt teendőket. A tanulmányban ezen túlmenően még további megelőző intézkedéseket is közöltünk.

Alkalmazandó verbális technikák, amelyek oktatással fejleszthetők:



A halk beszéd különösen akkor eredményes, ha a beteg hangos és agresszivitást mutat!

Maradjon ítéletmentes, ne vonódjon be a konfliktusba!

Ne próbálja „helyesbíteni" a beteg észlelését!

Ne vegye személyes sértésnek a beteg haragját!

Adjon választási lehetőségeket a beteg számára, hogy a kérést ne érezze ultimátumnak!

7.7.

A NYOMÁSI FEKÉLY KIALAKULÁSÁNAK OKAI ÉS MEGELŐZÉSI LEHETŐSÉGEI

A kórházi kezelés során kialakult nyomási fekélyek előfordulása átlagosan 10%-ra tehető. Gyógyulása hosszadalmas, erős fájdalommal járhat, könnyen vezethet helyi és szisztémás fertőzésekhez, valamint negatívan befolyásolja az életminőséget, a rehabilitációt és az önbecsülést. (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)[3] Ez nem csak önálló hozzájárulója a meghosszabbodott kórházi tartózkodásnak, hanem szignifikánsan növeli a kezeléséből adódó költségeket is. (Ocampo et al., 2017)[4]

A szervezeti szintű támogatás a nyomási fekélyt megelőző programok kulcsfontosságú eleme. (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)

1. A nyomási fekély kialakulása biztosan ápolási hiba eredménye?

A nyomási fekélyek megelőzése ennél jóval összetettebb kérdés. A háttérben álló okok rendkívül szerteágazók, így szervezeti szintű, átfogó támogatásra van szükség az eredményes prevenciós program véghezvitele érdekében. A program kialakítása során hasznos segítséget jelenthetnek a témában gyűjtött jógyakorlatok és a kapcsolódó e-learning tananyag is.

2. Milyen szervezeti/intézményi okok vezethetnek a nyomási fekélyek kialakulásához?

Számos, az intézmény vezetése által kontrollálható ok is állhat amögött, hogy a betegek ellátásában részt vevő kollégák nem tudják megfelelően elvégezni a nyomási fekély megelőzését célzó tevékenységeket. Ilyen lehet például a bizonyítékokon alapuló ellátási protokoll hiánya vagy nem megfelelősége, a megelőzéshez szükséges eszközök hiánya vagy helytelen alkalmazása, vagy a dolgozók oktatásának hiányosságai. A kutatás során feltárt okokat részletesen bemutatjuk a tanulmányban.

3. Miben segítheti a munkánkat a tanulmány?

A törzsanyag a saját intézményben előforduló nyomási fekélyek okainak feltárásához ad részletes módszertani útmutatást, valamint a kutatás során összegyűjtött megelőző intézkedésekre vonatkozó javaslatokat sorakoztatja fel.

A tanulmány függelékei a klinikumi munkát végző kollégák, illetve a szabályozásban szerepet vállaló, protokollokat készítő kollégák tevékenységét kívánják támogatni. Az összefoglalók bemutatják a nyomási fekélyek kialakulásához hozzájáruló fiziológiai jellemzőket és állapotokat, a szisztematikus rizikófelmérés alapját képező szempontokat, valamint a megvalósítható prevenciós beavatkozásokat.

3 National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide.
4 Ocampo, W., at al. (2017). Economic Evaluations of Strategies to Prevent Hospital-Acquired Pressure Injuries. Advances in skin & wound care, 30(7), 319–333.

7.8.

AZ ÚJRAÉLESZTÉSI LÁNC MŰKÖDTETÉSÉNEK HIÁNYOSSÁGAI, EZEK OKAI ÉS MEGOLDÁSI LEHETŐSÉGEI

Ha megmentesz egy életet, hős vagy, ha ezret, képzett újraélesztő.

A hazai NEVES jelentési rendszerben a harmadik leggyakrabban jelentett nem várt esemény az újraélesztés. A szakirodalomban megfogalmazott magas minőségű újraélesztés elméleti képzettséget, a speciális skillek elsajátítását, a team vezetője részéről pedig kiváló vezetői képességet igényel, és emellett a megfelelő végrehajtásnak van egy sor szervezeti és technikai feltétele is. Ezek megteremtése és fejlesztése intézményi és nem pusztán egyéni, ellátói felelősség. A folyamatok megfelelő kialakításához és működtetéséhez az elkészült tanulmány, az intézményi jógyakorlatok gyűjteménye, valamint az azok alapján kialakított általános jógyakorlat és e-learning tananyag is hasznos támogatást nyújthat.

1. Az újraélesztés intézményi szervezésével kapcsolatban milyen témákról olvashatok a tanulmányban?

- A kórházi újraélesztések előfordulásáról, sikerességéről, túlélési mutatóiról;
- a sikertelen újraélesztések hátterében meghúzódó okokról;
- a túlélési lánc intézményi működtetésének feltételeiről és fejlesztési lehetőségeiről;
- a dolgozók oktatásának fókuszpontjairól;
- a korai felismerés fontosságáról és intézményi fejlesztéséről; illetve
- a teammunka fejlesztésének lehetőségeiről az újraélesztés területén.

2. Melyek a legfontosabb okok, amelyek miatt sérül az újraélesztési lánc?

Kutatások szerint az újraélesztés nem megfelelő végrehajtásához jelentős mértékben járulnak hozzá az olyan rendszerhibák, mint a fizikai környezet hátrányai vagy az eszközök hiánya/hibája, a kórházi szintű szabályozások és a szervezeti kultúra hiányosságai, a rossz vezetői attitűd, valamint a nem megfelelő teammunka.

Az országos adatgyűjtésből nyert információk alapján készült elemzés szerint az újraélesztési lánc működtetési hibáinak hátterében fellelhető legfőbb okok közé tartoznak például

- a keringésmegállás késői észlelése;
- a segélyhívási rendszer működtetésének hibái;
- illetve az oktatás hiányosságai.

3. Hogyan lehet kiküszöbölni az ismert okokat?

Az újraélesztési lánc működtetése közben fellépő hibák megelőzésében döntő fontossággal bírhatnak például:

- kapcsolódó szabályozás kidolgozása, aktualizálása, tartalmának oktatása;
- az újraélesztési lánc működtetési feltételeinek megteremtése;
- gyors reagálású / újraélesztő team létrehozása, és/vagy fenntartása.

A megelőzésre vonatkozó ajánlások részletesen a tanulmányunkban találhatók meg.

4. Mi a legfontosabb tanulság az újraélesztések intézményi szervezése kapcsán?

A legnagyobb hangsúlyt ma már nem a jól kivitelezett és jól szervezett újraélesztésnek kell kapnia (bár ez is elengedhetetlen), hanem az állapotromlás időben történő felismerésének és a prevenciós lánc működtetésének.

7.9.

A BETEGEK ELKÓBORLÁSÁNAK ÉS ÖNKÉNYES TÁVOZÁSÁNAK OKAI, ILLETVE A MEGELŐZÉS LEHETŐSÉGEI

A gyermekek vagy idős betegek elkóborlása és a pszichiátriai betegek önkényes, a környezet számára váratlan távozása olyan problémákat jelentenek, amelyeket az egészségügyi ellátás során is kezelni kell.

Az esetszám akár nullára is csökkenthető lenne a drasztikus korlátozó intézkedésekkel, amit azonban az emberi jogi és etikai szempontok miatt ma már a fejlett társadalmakban nem tartunk elfogadható módszernek. Így aztán meg kell találni azokat a lehetséges intézkedéseket, amelyek humánusan, de hatékonyan segítik az ellátók engedélye, tudomása nélküli eltávozás megelőzését.

A betegek elkóborlásából és az önkényes távozásokból következő, olykor halállal végződő események megelőzése kiemelten fontos, életvédelmi kérdés.

1. Miért kell komolyan venni?

A betegek elkóborlása és önkényes távozása jelentős betegbiztonsági kockázatot rejt, akár halálos következménnyel is járhat. Egy ilyen esemény a dolgozók számára is megterhelő, mind pszichésen, mind pedig a munkaterhelés szempontjából. Emellett az intézmény jó hírnevét is veszélyeztethetik a nyilvánosságra került események.

2. Kiket érint az elkóborlás?

A betegek elkóborlása csaknem minden fekvőbeteg-ellátó osztályt érinthet. Többek között az állapotromlásból vagy akár csak a folyadékpótlás nem megfelelőségéből adódó átmeneti zavartság, illetve az új környezetbe való bekerülés miatt megjelenő, illetve a már előzetesen is ismert demencia is előidézheti.

3. Mit tehetek az elkóborlás ellen?

A tanulmányban azonosított legérdemibb intézkedés az elkóborlás megelőzésére a betegek kockázatfelmérése a betegfelvételkor és állapotváltozás esetén, továbbá az eredmény figyelembevételével meghozott megelőző intézkedések. Például a magas kockázatú betegeket többek között érdemes a kijárattól távoli kórterembe elhelyezni, nappal lekötni őket különböző tevékenységekkel és mozgásos terápiával, valamint rendszeresen ellenőrizni a jelenlétüket.

4. Mit tehetek az önkényes távozás ellen?

Az önkényes távozás megelőzése érdekében célszerű már a betegfelvételkor törekedni a beteg tudatos megnyugtatására és a bizalma elnyerésére. Ha a beteget valamilyen otthoni kötelezettség nyomasztja, akkor lehetőség szerint célszerű megoldást keresni erre. Továbbá a hozzátartozók könnyebb elérése érdekében érdemes rugalmasabbá tenni a látogatási időt, és külön beteghívó telefont is biztosítani a hozzátartozókkal való kapcsolattartáshoz.

7.10.

A BETEGCSERE ÉS LELETCSERE OKAI, VALAMINT A MEGELŐZÉS LEHETŐSÉGEI

Tévedni emberi dolog?

A betegcsere és a leletcsere – habár gyakran vezet súlyos nemkívánatos eseményhez – nagyon sok esetben tabutéma. Annak ellenére, hogy az ellátók az informális beszélgetésekben napi problémaként említik, nem szívesen jelentett eseményről van szó. A téves azonosítás feltételezett gyakori előfordulása, az, hogy többnyire két személyt érint, továbbá a következmények potenciális súlyossága ugyanakkor kiemelten is szükségessé teszi az előidéző okok és a kezelési lehetőségek feltárását.

1. Lehetnek rendszerszintű okai is a betegcserének, leletcserének? Nem csak emberi hiba?

A tanulmányból számos olyan ok megismerhető, amelyeknek a jelenléte az intézmény működésében gyakorlatilag kiprovokálhatja azt, hogy bekövetkezzen a téves azonosítás. Ilyen például a járóbeteg-ellátásban az, ha nem ragaszkodnak a betegfelvételkor a fényképes igazolvány alapján történő azonosításhoz, ha a betegfelvételi pultok egymáshoz közeli elhelyezése és kialakítása elősegíti az áthallásokat, vagy ha a rendelőbe lépő beteget csak a hívószám alapján azonosítják. A fekvőbeteg-ellátás esetén is számos ok járulhat hozzá a téves azonosításhoz, mint például a betegek kórterem és ágyszám alapján történő azonosítása, az ismeretlen beteg azonosítási szabályainak kidolgozatlansága, vagy a betegazonosító rendszer használatának hiánya, különösen azoknál a betegeknél, akik – akár csak átmenetileg – képtelenné válnak saját maguk azonosítására (pl. műtét idején). Amennyiben az ilyen rendszerszintű okokat sikerül megszüntetni vagy csökkenteni a jelentőségüket, akkor a betegcserék, illetve leletcserék számát is jelentősen csökkenteni lehet.

Annak kiderítéséhez, hogy egy adott esetben milyen okok játszottak közre az esemény kialakulásában, segítséget nyújthat a súlyos nemkívánatos eseményeket követően javasolt teendőket tartalmazó NEKED ajánlás. A tanulmány többek között ennek a használatát is bemutatja egy példán keresztül.

2. Mit tudok tenni a téves azonosítás megelőzése érdekében?

A felismert okok sokszor a lehetséges megoldásokat is magukban rejtik. Például ha egy járóbeteg-ellátónál a túl közeli betegfelvételi ablakok miatt áthallatszanak a szomszéd ablaknál elhangzó információk és ez zavarja a munkatársak munkáját, akkor ebből már adódik egy lehetséges megelőző intézkedés is: ha nem kell minden ablaknak nyitva tartania, akkor az egymástól távol esőknél fogadják a betegeket.

Tapasztalataink szerint a fekvőbeteg-ellátók esetében az ismeretlen beteg azonosításának sok helyen nincsenek meg az egyértelműen kialakított szabályai. Az okmányok nélkül beszállított, eszméletlen beteg azonosítása számos kihívást rejt magában, különösen akkor, ha egy napon több ilyen beteg is érkezik. Az erre vonatkozó szabályok kialakításához jól használható lehet a nemzetközi alertekből a tanulmányba beemelt leírás, amely kifejezetten erre vonatkozóan nyújt útmutatást.

Fontos a betegek és hozzátartozóik bevonása is az azonosítási folyamatba. Ha megkérjük őket, hogy ellenőrizzék az adatokat a kiadott dokumentumaikon és bátorítjuk őket, hogy jelezzék, amennyiben eltérést tapasztalnak, ők is jelentősen hozzájárulhatnak a cserék elkerüléséhez. Ehhez egy plakátot is készítettünk, amely a tanulmányból kinyomtatható, és kihelyezhető az ellátóhelyeken.

Az oki kutatás alapján készült tanulmányból, valamint a betegazonosítással kapcsolatban gyűjtött jógyakorlatokból további ötletek nyerhetők az intézményi fejlesztésekhez.

7.11.

A BETEGESÉSEK OKAI ÉS MEGELŐZÉSI LEHETŐSÉGEI

A betegek elesése világszerte a leggyakrabban jelentett nemkívánatos események közé tartozik. Az egészségügyi dolgozók gyakorta úgy vélik, hogy a betegesés az ellátás velejárója, pedig számos kutatás igazolja, hogy az esések okai megismerhetők és többségében kezelhetők is. Az esések visszaszorítására való törekvés nemcsak a létrejövő enyhébb és súlyosabb sérülések, illetve esetenként a beteg emiatt bekövetkező elhalálozásának megelőzését szolgálja, de jelentős anyagi és munkaidő-megtakarítást is eredményez a megelőzésük.

„Senki sem szenvedhet kárt az egészségügyi ellátás során!" (Dr. Ficzere A.)

1. Mi figyelünk arra, hogy mindig száraz legyen a járófelület. A betegek a nedves padló miatt esnek el. Nem?

Az országos kutatásunk során a többezer jelentett eset lehetséges okait vizsgálva azt találtuk, hogy a nedves padló mindössze 6,9%-ban játszott szerepet az esésben. Számtalan egyéb – ennél gyakoribb és fontosabb – ok állhat az esések hátterében, amelyeket igyekeztünk összegyűjteni és bemutatni az erről szóló tanulmányban.

2. Hol esnek el a leggyakrabban a betegek?

A NEVES jelentési rendszerbe érkezett adatokat elemezve azt találtuk, hogy a betegek elesésének leggyakoribb helyszíne a kórterem. Az összes jelentett esés 78,8%-a a kórtermen belül történt. Ide tartoznak az ágyhasználat során bekövetkezett esések (például a leülés, felállás, a tolószékbe való átülés, az éjjeliszekrény-használat miatti átnyúlás közben stb.), az ágyhasználattól függetlenül bekövetkezett esések, valamint a kórtermi vizes blokkban való elesés is.

3. Hogyan lehetne megelőzni az esést?

Az esések megelőzésének igen bőséges eszköztára van, azonban mindegyik használatában közös pont, hogy először fel kell ismerni az esés kockázatát. Amennyiben egy betegnél esési kockázat áll fenn, meg kell becsülni a kockázat mértékét, és ennek megfelelően érdemes célzott, személyre szabott megelőző intézkedéseket hozni. Ehhez is részletes útmutatás található a tanulmányban, illetve annak függelékeiben.

4. Mik a leginkább javasolt megelőzési intézkedések?

A teljesség igénye nélkül bemutatunk néhány javaslatot a tanulmányból. Az esések megelőzése szempontjából érdemes figyelmet fordítani a kórterem elrendezésére (az éjjeliszekrények elhelyezésénél figyelembe venni azt, hogy a beteg jobb- vagy balkezes-e, ügyelni rá, hogy a matrac ne lógjon túl az ágy szélén, a bútorok pedig – főként az ágyak – lehetőség szerint rögzítve legyenek). Amennyiben a beteg segédeszközt használ, fontos arra is figyelni, hogy az számára elérhető távolságban legyen elhelyezve, és ha használja az eszközt, azt helyesen tegye. A biztonságos mozgást a megfelelő fájdalommenedzsment és az erőnlét fejlesztését célzó mozgásprogramok is segítik.

7.12.

INTERJÚ AZ OKI KUTATÁSRÓL

Az interjú alanya **Dr. Kovács Éva** *főiskolai docens (Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar), a betegesések témában végzett oki kutatások szakmai lektora.*

Miben más ez a tanulmány, mint a témában eddig megjelent hazai közlemények?

Nagyon-nagyon gyakorlatias. Az elméleti rész is inkább a gyakorlati tanácsokra helyezte a hangsúlyt, ezért nem tekinthető szokványos tudományos közleménynek, és a klinikumot érezzük az egész munka mögött. A tanulmány nem csupán egyetlen okot próbál feltárni, mint általában a tudományos közlemények, hanem az okok széles skáláját mutatja be, valamint azok lehetséges összefüggéseit is rendszerszerűen próbálja rögzíteni.

A tanulmány nagy előnye, hogy magyar adatokra épül. A fókuszcsoportos megbeszélésen is olyan szakemberek vettek részt, akiknek a betegei, gondozottjai a magyar betegeket reprezentálják. Ezért a megfogalmazott javaslatok a hazai körülmények között relevánsak.

Milyen elméleti és/vagy gyakorlati jelentősége van a tanulmánynak?

A hazai körülmények között is használható, a gyakorlatba közvetlenül átültethető javaslatokat, tanácsokat és módszereket olvashatunk benne. Olyan nyelven megfogalmazva, amit a különböző munkakörökben dolgozó szakemberek is megértenek.

Kiknek javasolná az oki kutatások áttanulmányozását?

Főleg azoknak a szakembereknek, akik az intézeti körülmények között élő időskorú emberekkel foglalkoznak. Hiszen ezek a betegek a betegeséseket tekintve a funkcionális hanyatlás miatt fokozottan veszélyeztetett csoportba tartoznak. A betegesések azonban nem csak az időseket érintik, hanem kisebb arányban ugyan, de a középkorúakat, sőt a fiatalokat is. Ezért minden klinikai területen dolgozó szakembernek javasoljuk a tanulmány megismerését. Ezen kívül nemcsak a betegágy mellett dolgozóknak lehet hasznos a kiadvány, hanem a vezetőknek és a középvezetőknek is, akik a tanulmány alapján intézményi szinten is konkrét eljárásokat tudnak kidolgozni.

Milyen hosszú távú haszna van a tanulmány megismerésének?

Remélem, hogy a kiadvány fő mondanivalója eljut a klinikumban dolgozókhoz, és ha történik egy betegesés, akkor a vezetők és a középvezetők a jövőben a megelőzésre helyezik a hangsúlyt, nem pedig a személyes felelősségre vonásra. Az anonim adatszolgáltatással hatékonyan lehet segíteni a következő betegesés megelőzését.

„... az okok széles tárházát mutatja be, valamint azok lehetséges összefüggéseit...”

(Dr. Kovács É.)

8

COVID-19 KÓRHÁZMENEDZSMENT AJÁNLÁSOK ÉS NEMZETKÖZI ALERTEK

A járvány elindulásakor az egészségügyi dolgozók a betegellátás újfajta kihívásaival szembesültek. Gyakorló szakemberek bevonásával és minőségügyi/menedzseri ismereteink alapján igyekeztünk összegyűjteni azokat a témaköröket, amelyekhez ajánlásainkkal – véleményünk szerint – segítséget tudunk nyújtani a számukra. Ezért születtek meg a COVID-19 ajánlások.

A betegbiztonsági figyelmeztetések („alertek”) olyan rövid összefoglalók, amelyek akár nemzetközi szinten is támogatják az információcserét a nemkívánatos események megelőzése érdekében. Ezeknek a figyelmeztetéseknek/ajánlásoknak a révén az egészségügyi szolgáltatók felismerthetik a folyamataikban rejlő kockázatokat és így azonosíthatják az azok csökkentése érdekében megtehető tevékenységeket.

Felelős konzorciumi partner: Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ

A témablokk szerzői

Dr. Mayer Ákos
Sinka Lászlóné Adamik Erika

8.1.

COVID-19 KÓRHÁZMENEDZSMENT AJÁNLÁSOK

Mi így segítünk, hogy segíthessenek!

A COVID-19 járvány minden egészségügyi szolgáltatót új kihívások elé állított. A betegség ellátásával kapcsolatban folyamatosan jelentek meg szakmai iránymutatások, de a menedzsment vezetői tevékenységét támogató magyar nyelvű témaspecifikus ajánlásokkal nem találkoztunk. Úgy gondoltuk, hogy a menedzsment-eszköztár alkalmazása, ill. a külföldi szakirodalomban megjelent információk hazai helyzetre történő adaptálása e szokatlan helyzetben hasznos segítséget jelenthet. Az ajánlások a következő főbb témaköröket érintik: kommunikáció, humánerőforrás-menedzsment, védőfelszerelések, változások a betegellátás menedzselésében, informatika.

1. Miért érdemes beletekinteni ebbe a kiadványba?

A kiadványban összesen 19 témában fogalmaztunk meg ajánlásokat a javasolt menedzseri feladatokkal kapcsolatban. Ezek bemutatják, hogy mit és miért érdemes átgondolni, figyelembe venni a döntések és intézkedések során, és az intézmény vezetése számára is javaslatokat tesznek az ajánlott teendőkre.

2. Mindent pontosan úgy kellene csinálnom, ahogyan az az ajánlásokban szerepel?

Természetesen nem lehet olyan országos ajánlást készíteni, amelyet minden hazai kórház működésében egyformán jól lehet értelmezni. Lehetnek olyan pontok az ajánlásokban, amelyek az adott intézmény specifikumai alapján nem értelmezhetők, és felmerülhetnek további ötletek, kiegészítési javaslatok is. Éppen ezért az ajánlásokat fontos a saját működésre adaptálni.

3. Akkor miért jó nekem, ha ezt próbálom követni?

Azért, mert segít rendszerezni a gondolatokat az egyes témakörökben, és számos támpontot ad a rendezendő kérdésekhez. Támogatást ad abban, hogy a menedzsmenti intézkedések minden szükséges területre kiterjedjenek. A mindennapi teendők és a gyors döntések szükségessége általában nem teszi lehetővé a kapcsolódó nemzetközi és hazai szakirodalmakban való keresést és elmélyülést – ezt legalább részben ki lehet váltani az általunk közölt magyar nyelvű ajánlások áttekintésével.

4. Miért található ellenőrzőlista az egyes ajánlások végén?

Ahogy egy jó bevásárlólista is segíti rendszerezni és átlátni a teendőket, úgy az ellenőrzőlista is hasznos támpontul szolgálhat annak követéséhez, hogy mit sikerült már megvalósítani („kipipálni”), és milyen lépések vannak még hátra a feladatok sorából. Az ellenőrzőlista naprakész vezetésével jól nyomon követhető az előrehaladás az eltervezett feladatokban.

Rövid módszertani ismertető

Az ajánlások forrásául a témában megjelent külföldi és hazai szakirodalmak, valamint munkatársaink gyakorlati tapasztalatai, betegbiztonsági ismeretei szolgáltak. Az ajánlások témakörönként tartalmaznak egy rövid összefoglalót a legfontosabb üzenetekkel, valamint egy részletesebb leírást arról, mit és miért érdemes átgondolni, figyelembe venni a döntések és intézkedések során. Minden témához tartozik egy részletes ellenőrzőlista, amely rendszerezi az ajánlásban bemutatott teendőket.

8.2.

NEMZETKÖZI ALERTEK

Több külföldi szervezet is gyűjt adatokat a halmozottan előforduló, nagyobb számban megjelenő nemkívánatos eseményekről, amelyekkel kapcsolatban betegbiztonsági figyelmeztetéseket (alerteket) adnak ki. Ezek megismerése és a releváns ajánlások gyakorlatba való átültetése nekünk is segíthet abban, hogy elkerüljük a hasonló eseményeket.

1. Milyen témákban váltak elérhetővé a betegbiztonsági figyelmeztetések?

A nemzetközi alertek között az ellátás minden szintjét érintően találunk figyelmeztetéseket. Számos olyan téma került elő, amelyeket nem lehet a „klasszikus", rendszeresen vizsgált betegbiztonsági témák közé sorolni, a betegbiztonsági kockázatuk ugyanakkor jelentős. Ilyenek például – a teljesség igénye nélkül – a gyerekek hallókészülékeiben lévő gombelemek lenyelése; az ismeretlen vagy azonosítatlan betegek azonosítása; vagy épp a pulzoximetriás érzékelők nem megfelelő elhelyezése miatti károsodás.

2. Hogyan segítik az alertek a mindennapi munkámat?

A projekt során lefordított alertek nagyban megkönnyítik az aktuális információkhoz való hozzájutást, hiszen így azok előszűrve, könnyen érthető módon adják át a betegbiztonsági kockázatok kezelésére vonatkozó fontos információkat.

3. Miért érdemes akár mindet elolvasni, függetlenül attól, hogy az adott téma mennyire érinti az én munkámat?

Azért, mert ezek az alertek nagyban segítik a betegbiztonsági fókuszú gondolkodás elsajátítását. Látva azt, hogy milyen sokféle területen fedezhető fel betegbiztonsági kockázat, előfordulhat, hogy az ember így olyan kockázatokat is észrevesz, amelyek korábban nem tudatosultak benne.

4. Mi az alertek fő üzenete?

Ha a sokadik furcsa, kockázatos eseményt látjuk, ne felejtsük el feltenni a kérdést: „Vajon mi lehet ennek az oka? Mit tehetnénk ellene?" A betegbiztonsági témákban végzett fejlesztéseket mindig még tovább lehet javítani, adódhatnak újabb szempontok, amelyekre gondolnunk kell betegeink biztonságos ellátása érdekében.

Rövid módszertani ismertető

A nemzetközi szervezetek a bekövetkezett nemkívánatos események kapcsán rendszeresen adnak ki betegbiztonsági figyelmeztetéseket (ún. Patient Safety Alerteket). Ezek az ellátás egyes kockázatos lépéseire hívják fel a figyelmet, és a megelőző intézkedésekre vonatkozóan is adnak javaslatokat. Ezek közül gyakorló orvosok választották ki a hazánkban leginkább hasznosítható, magyar intézményekre jól adaptálható nemzetközi alerteket, amelyeket le is fordítottak magyar nyelvre. A lektorált anyagokat nyilvános honlapunkon tettük közzé.

9

ÁLTALÁNOS BETEGBIZTONSÁGI ISMERETEK – TANANYAGFEJLESZTÉS ÉS TÁJÉKOZTATÁS

A betegbiztonság fejlesztése nem valósulhat meg a megfelelő ismeretek elsajátítása nélkül. A képzéseknek egyaránt ki kell terjedniük a betegekre, a betegellátókra és a döntéshozókra.

A betegek esetében az oktatás és a tájékoztatás fókusza annak a bemutatása, hogy nekik milyen szerepük, feladatuk lehet saját biztonságuk megteremtése, megerősítése vagy megtartása érdekében.

A betegellátók és a döntéshozók kevés ismerettel rendelkeznek a nemkívánatos eseményekhez vezető okokról és saját szerepükről ezen okok felismerésében és kezelésében. Olyan tananyagot fejlesztettünk ki, amely készségfejlesztő ismeretek segítségével serkenti az erről való gondolkodást, és ezen keresztül a biztonságot támogató szervezeti kultúra kialakítását.

Felelős konzorciumi partner
Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ

A témablokk szerzői

Dr. Belicza Éva
Dr. Kresznovszki Miklós

9.1.

A BETEGBIZTONSÁG FEJLESZTÉSE A GYAKORLATBAN – HALLGATÓI JEGYZET ÉS MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ

A betegbiztonság témaköre jelenleg nem vagy csak minimális tartalommal jelenik meg a különböző egészségügyi szakterületen tanulók és dolgozók képzési programjaiban. A napi betegellátás azonban akkor válik biztonságosabbá, ha a munkatársak megismerik azokat az eszközöket és gondolkodásmódot, amelyek alapján megértik a hibák és a nemkívánatos események természetét, valamint megelőzésük lehetőségeit. Csak a megfelelő tudással és készségekkel rendelkező egészségügyi dolgozók lesznek képesek olyanná formálni a szervezeti kultúrát, amely őszinte, nyílt és szabálykövető, törekszik a kockázatok felismerésére és kezelésére, továbbá igazságos, azaz a hibák esetén elsőként az okokat és a kiküszöbölési lehetőségeiket, nem pedig a hibát okozó személyeket keresi.

„Ne halat adj neki, hanem tanítsd meg halászni!” (kínai közmondás)

1. Milyen típusú képzésekhez készült a tananyag?

A tananyag kialakításakor három célcsoportot céloztunk meg: a graduális, a munka melletti, ill. a döntéshozóknak szóló képzésekben résztvevőket. Az elkészült jegyzet fejezetein belül egyértelműen jelöljük, hogy elsősorban kiknek javasoljuk az adott témakör tanulmányozását.

2. Engem érdekel a betegbiztonság. Önálló tanulásra is alkalmas a jegyzet?

Igen. A témakörök megértését sok példa színesíti, és ez segíti a különböző bemutatott fogalmak és módszerek értelmezését és gyakorlati alkalmazását. A fejezetek végén az olvasók rövid feladatok alapján tudják felmérni, hogy megértették-e a legfontosabb tudnivalókat.

3. Valamennyi témakör ismeretére szükség van a betegbiztonsági szemlélet kialakulásához?

Nem. A betegbiztonsági alapelveket és a legfontosabb módszereket az első, Alapfogalmak című fejezet tartalmazza, így ennek a tanulmányozása és megértése önmagában is nagyban segíti a betegbiztonsági szemlélet kialakulását. A további fejezetek elsősorban az alapelvek gyakorlatba való átültetéséhez szükséges ismeretek bemutatásával és megvalósítási lehetőségeivel foglalkoznak.

4. Én szívesen oktatnék betegbiztonsági ismereteket. Van jelentősége annak, hogy ezt milyen módszertannal teszem?

Igen. Az oktatási módszertan meghatározó abban, hogy a hallgatók milyen szinten tudják elsajátítani és a gyakorlatban alkalmazni a képzési programban bemutatott ismereteket. A frontális oktatás helyett csoportmunkákat, projektfeladatokat és más olyan módszerek alkalmazását javasoljuk a tanároknak szóló útmutatónkban, amelyek az adott témakör elsajátításában a legnagyobb segítséget nyújtják a hallgatóság számára.

Rövid módszertani ismertető

A betegbiztonság oktatásához szükséges jegyzet elkészítéséhez multidiszciplináris fejlesztő munkacsoportot hoztunk létre. Célként a betegbiztonságot támogató szervezeti kultúra kialakulását elősegítő ismeretek elérését fogalmaztuk meg. A nemzetközi képzési programok tanulmányozását követően meghatároztuk az egyes kultúraelemek teljesüléséhez szükséges tudást, a képzési célokat, valamint azokat a gyakorlati elvárásokat

és képességeket, amelyekkel a jegyzetet tanulmányozóknak a tanulmányaik végén rendelkezniük kell. A célrendszer megalkotása után kerültek megfogalmazásra az oktatandó témakörök, a hallgatói jegyzet váza és fejezetei. Az elkészült anyagot egy-egy lehetséges leendő hallgatóval és betegbiztonsági ismeretekkel rendelkező gyakorló egészségügyi dolgozóval is véleményeztettük az érthetőség, a teljesség és a gyakorlati hasznosság szempontjából is. Az eredményesen megvalósuló oktatás elősegítéséhez tanári útmutató is készült.

A hallgatói jegyzet egyes fejezeteinél megjelöltük, hogy a három azonosított célcsoport (az oktatási intézmény hallgatója, az egészségügyi dolgozó és a döntéshozó) közül melyiket kiknek javasoljuk elsősorban tanulmányozásra.

9.2.

LAKOSSÁGI TÁJÉKOZTATÓ KAMPÁNY

Az ellátás biztonsága és a betegkárosodások megelőzése nem csak az ellátókon múlik. A betegekben tudatosítani kell, hogy a biztonságos ellátásért nekik is tenniük kell – ehhez pedig egyszerű, a mindennapokban jól használható tudást kell átadni a számukra. Az ismeretek birtokában a betegek tudatosabb magatartást tanúsítanak, növekszik az együttműködési készségük és képességük, ami elősegíti a nemkívánatos események elkerülését. Az oktatás egyik egyszerű formája, ha a különböző magas kockázattal járó, a betegek önellátásához kapcsolódó tevékenységeket szituációs környezetben mutatjuk be. A projektünkben a gyógyszereléssel kapcsolatos három témakört dolgoztunk fel színészek bevonásával, ezek kisfilmek formájában bárki számára elérhetőek.

1. Egészségügyi szakemberként miért érdemes a beteget betegbiztonságra oktatnom?

A lakosság egészséggel kapcsolatos tudása rendkívül hiányos vagy pontatlan. Az internet térhódításával a nem megbízható forrásból származó egészségügyi információk tovább rontják ezt a helyzetet. Így az egészségügyi ellátás során jelen lévő kockázatok száma nagymértékben növekszik, ami tovább rontja az ellátás biztonságát. Ezért fontos, hogy a betegeket a biztonságuk érdekében hiteles forrásokból ismertessük meg az ellátásukhoz kapcsolódó saját felelősségükkel és szerepükkel.

2. Milyen témában érdemes elkezdenem a tájékoztatást?

A gyógyszerelés kortól és nemtől függetlenül mindenki életében fontos szerepet játszik, ugyanakkor betegbiztonsági szempontból is óriási jelentőséggel bír. Ezt támasztja alá, hogy az Egészségügyi Világszervezet 2019-ben kiadott egy, a betegeknek szóló, öt lépésből álló kiadványt, amely a gyógyszerszedés biztonságát hivatott növelni. A kiadvány megmutatja, hogy a betegnek mire érdemes odafigyelnie a gyógyszeres terápia során, illetve milyen kérdéseket kell és érdemes tisztáznia az egészségügyi ellátó személyzettel. Kézenfekvő volt számunkra, hogy a kampányunkban mi is ezzel a témakörrel foglalkozzunk.

Rövid módszertani ismertető

A kampány témaköreit gyakorló szakemberekből álló munkacsoport határozta meg. A kiválasztási szempontok közé tartozott a téma betegbiztonsági relevanciája, esetleges politikai vonatkozása/érzékenysége, a lakosság fogékonysága és érdeklődése, valamint a partnerek bevonhatósága a PR-kampányba. A kiválasztott három témából oktatófilmek készültek.

A lakossági fórumok helyszíni programjai előzetesen kidolgozott forgatókönyv szerint zajlottak. Levetítésre kerültek az oktatófilmek, amelyeknek a mondanivalóját szakértők magyarázták el a lakosságnak egy-egy előadás keretében. A résztvevők a fórum fő üzeneteit tartalmazó kiskönyvet kaptak ajándékba, amelynek tartalma összhangban állt a szakértői előadásokkal és kisfilmekkel. A kiskönyv tartalmát a munkacsoport konszenzusos döntése alapján állították össze.

9.3.

INTERJÚ A LAKOSSÁGI KAMPÁNYBAN KÖZREMŰKÖDŐKKEL

A lakossági tájékoztató fórumok szervezése a betegbiztonság témakörében merőben új és izgalmas feladat elé állította az ezzel foglalkozó munkacsoport tagjait. A lakosság körében semmilyen formában nem ismert a betegbiztonság fogalma, ezért is jelentett nagy kihívást egy olyan edukációs kampánysorozat kidolgozása, amely eléri a laikusokat és képes célba juttatni a fő üzeneteket.

Ezzel kapcsolatos tapasztalataikról kérdeztük **Dr. Czigány Zsófiát,** *a budapesti Szent Borbála Gyógyszertár gyógyszerészét, betegbiztonsági szakértőjét, aki öt fórumon vállalta a szakértői tevékenységet, valamint* **Dr. Sós József** *gyógyszerészt, betegbiztonsági szakértőt, aki szintén öt fórumon tartott előadást a témában. Beszélgettünk még* **Makai Marianna** *kommunikációs szakemberrel, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának kommunikációs munkatársával is, aki a kampány médiamegjelenéseit és kommunikációs stratégiáját dolgozta ki.*

Milyen előnyökkel jár a lakossági kampány?

Dr. Sós József (SJ): Ebben a kampányban közérthető módon ismertettük a mindennapi életben előforduló betegbiztonsági problémákat. Ez már csak azért is előnyös, mert a lakosság nem feltétlenül érti a más, hasonló témájú előadások nyelvezetét. A fórumok területi elosztása is előnyt jelentett, hiszen jelen voltunk a nagy- és a kisvárosokban, illetve a falvakban is, vagyis teljesen lefedtük a magyar településszerkezetet.

Dr. Czigány Zsófiát (CzZs): A kampány három olyan általános témát ölelt fel, amelyek, bár mindennaposnak mondhatók, a lakosság körében tisztázásra szorul az ezzel kapcsolatos alapfogalmak és jelenségek egy része. Ezeket az információkat érhetően próbáltunk átadni, és a visszajelzések alapján ez sikerült is. A kampány helyszínválasztásai miatt több társadalmi réteghez is eljutottak a témakör fontos tudnivalói.

Makai Marianna (MM): Maga a betegbiztonság a lakossági kommunikációban is megjelent. A hallgatóság arra fogékony része megértette, hogy neki is szerepe lehet a betegbiztonságban. A témában szervezett keretek között zajlott a közérthető kommunikáció, aminek hála a betegbiztonsági és kommunikációs szakemberek is széles körű tapasztalatot szerezhettek a betegbiztonságról szóló lakossági kommunikációban, és a további új fejlesztési javaslatok felmerülését is segítette mindez. A nagy számú sajtómegjelenés nagy számú elérést generált a témában.

Miben volt újszerű ez a lakossági kampány?

SJ: A rövid, lényegretörő kisfilmek bemutatásának köszönhetően, a résztvevők könnyebben meg tudták érteni az adott betegbiztonsági problémakört. Továbbá a „Te is tehetsz érte” jelmondat is újdonság volt, amelynek keretében felhívtuk a figyelmet, hogy az emberek mit tudnak saját maguk tenni a betegbiztonsági kockázatok csökkentésének érdekében.

CzZs: Az oktató kisfilmekhez kapcsolt élő magyarázat és a közönség bevonása a téma feldolgozásába nagyban segíthette azok megértését. A közreműködés révén használható tudást tudtunk átadni a nézőknek, amelyet könnyedén használhatnak a mindennapjaikban. Az országban több helyre tudtuk elvinni ugyanazokat a témákat, így ezeket szélesebb körben ismerhették meg az emberek.

MM: A betegbiztonságról eddig leginkább a szakemberek körében folyt tudatos kommunikáció hazánkban. Most ezzel szemben közérthető, a lakosság szintjéhez igazított kampány zajlott a beteg-

biztonság fontos területeit illetően. A szakmai üzenetek hatékony célbajuttatása érdekében, illetve a betegbiztonsági és kommunikációs szakemberek együttműködésének köszönhetően már a kampány megtervezésétől kezdve egészen a kiértékelésig szakmailag megalapozott munka folyt.

Milyen specifikus elemei voltak a fórumnak az Ön számára?

SJ: A fórum felépítése racionális volt: először az előadást tartottuk meg (a kisfilmek levetítését az adott probléma ismertetése és megvitatása követte), amely során igyekeztünk bevonni a hallgatóságot a beszélgetésbe. Ezután jöttek a szűrővizsgálatok, ahol a résztvevők változatos vizsgálatokban vehettek részt.

CzZs: A színészek által eljátszott jelenetek eléggé emberközelivé tették az általános problémákat, így a nézők könnyebben feldolgozhatták azokat. A témákat is a jelenlévőkkel együtt próbáltuk elemezni.

MM: A témakörök kiválasztásának metódusa és az így végzett munka is újszerű volt. Kommunikációs szakemberként gyakran rácsodálkoztam, hogy a betegbiztonság milyen széles spektrumot ölel fel, milyen speciális területei vannak és mekkora tapasztalattal rendelkeznek a szakemberek.

TÁRGYMUTATÓ

A tárgymutató a jelen kiadvány 1.1-9.2 fezeteiben szereplő kifejezések alapján készült, nem hivatkozza meg a bevezetők és az interjúk, illetve a mögöttes szakanyagok szókészletét

KULCSSZÓ, FEJEZET SORSZÁMA

adaptáció, 5.1
agresszió, 7.6
ajánlás/útmutató, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 5.1, 6.1, 6.2, 8.1, 8.2, 9.1
alapfogalmak, 9.1
alertek/betegbiztonsági figyelmeztetések, 7.10, 8.2
anesztézia, aneszteziológia, 2.4, 2.6, 5.1, 5.2
antibiotikum alkalmazás, 3.1, 3.3
antibiotikum rezisztencia, 3.1, 3.2
antibiotikum stewardship, 3.2
automata gyógyszerelés, 4.1, 4.3
baleset, 7.5
bántalmazás, dolgozóké, 7.6
beteg által behozott gyógyszer, 4.2
betegágy melletti gyógyszerészi tanácsadás, 4.1
betegazonosítás, 2.10, 7.10
betegbiztonsági figyelmeztetések/alertek, 7.10, 8.2
betegcsere, 7.10
betegdokumentáció, 5.2
betegesés, 7.11
betegoktatás, 2.8
betegre szabott gyógyszerosztás, 4.1, 4.3
betegút, 2.9, 7.4
bőr-lágyrész fertőzések, 3.3
COVID-19, 8.1
csapatmunka/team-munka, 2.5, 7.8, 9.1
daganatos betegségek, 2.7
decubitus team, 2.5
decubitus/nyomási fekély, 2.5, 7.7
demencia, 7.9
dolgozók bántalmazása, 7.6
egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések, 1.2, 6.1, 6.2, 6.6
egy egészség–elv, 3.1
egyedi gyógyszerelés, 4.1, 4.2, 4.3
e-learning, 2.2, 2.4, 2.5, 2.6, 2.8, 2.9, 3.2, 4.1, 4.2, 6.2
éles-hegyes eszközök, 2.9, 7.5
elismerés, 1.4
elkóborlás, 7.9
ellátási csomag, 6.1, 6.4
ellenőrző lista, 5.1, 5.2, 6.4, 6.6
elmaradt tervezett műtétek, 7.4
érkatéter, 6.6
értékelés, 1.4
esés, elesés, leesés, 7.11
fájdalom, fájdalomcsillapítás, 2.6, 7.1, 7.6, 7.7
fekvőbeteg ellátás, kórház, 1.2, 1.3, 1.4, 2.2, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.10, 3.1, 3.2, 3.3, 6.1, 7.7, 8.1
fertőzésmegelőzés/infekciókontroll, 1.2, 1.3, 3.1, 6.1, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6
finanszírozás, 1.2, 1.3
folyamat, folyamatok, 1.2, 2.1, 2.2, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10
fórum, 7.2
gasztroenteritisz, 3.3
gyógyszerelés, 4.1, 9.2
gyógyszerelési hiba, 4.1, 4.2, 4.3
gyógyszeranamnézis, 4.2
hallgatói jegyzet, 9.1
HBCS, 1.3
hiteles forrás, 9.2
húgyúti infekciók, 3.3, 6.3
húgyúti katéter, 6.3
indikátorok, 1.4
infekciókontroll/fertőzésmegelőzés, 1.2, 1.3, 3.1, 6.1, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6
informatika, 2.10, 3.1
interakció, 2.4
internet, 9.2
izoláció, 1.3
járóbeteg ellátás, 1.4, 2.2, 2.4, 3.1, 3.2, 3.3
járvány, 8.1
jelentési rendszer, 7.1
jogszabály, 2.9
jógyakorlat, 1.1, 2.1, 2.2, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10, 3.2, 4.3, 5.2, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6
képalkotó vizsgálatok, 2.10, 5.2
képzés, oktatás, 2.4, 2.5, 2.6, 2.8, 2.9, 3.1, 3.3, 6.2, 6.3, 6.6, 9.1, 9.2

kétlépcsős onko-team, 2.7
kézhigiéné, 1.3, 6.2, 6.5
kézi/manuális gyógyszerosztás, 4.1, 4.3
kisfilmek, oktatófilmek, 9.2
klinikai gyógyszerész, 3.2, 4.1, 4.3
kockázatfelmérés/rizikófelmérés, 2.5, 7.7, 7.9, 7.11
kockázatkezelés, 1.1, 7.5
kommunikáció, 1.2, 3.2, 7.4, 7.6, 8.1
korai felismerés, 7.8
kórház, fekvőbeteg ellátás, 1.2, 1.3, 1.4, 2.2, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.10, 3.1, 3.2, 3.3, 6.1, 7.7, 8.1
korlátozó intézkedés, 7.9
középfülgyulladás, 3.3
közösségben szerzett tüdőgyulladás, 3.3
lakossági kampány, 9.2
leletcsere, 7.10
manuális/kézi gyógyszerosztás, 4.1, 4.3
megelőzés/prevenció, 1.2, 1.3, 2.5, 3.1, 3.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 7.1, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7, 7.8, 7.9, 7.10, 7.11, 9.1, 9.2
menedzsment, 1.2, 2.2, 2.6, 6.3, 8.1
minőség, minőségügy, minőségfejlesztés, minőségbiztosítás, 1, 1.4, 2.1, 3.2, 4.3, 5.1, 7.1, 7.2
módszertani ajánlás/útmutató, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 5.1, 6.1, 6.2, 7.1, 9.1
módszertani levél, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6
monitorozás, 3.1, 3.2, 6.6
multimodális stratégia, 1.2, 2.6, 6.1, 6.2
műtét/operáció, 1.3, 2.6, 2.10, 5.1, 5.2, 6.3, 6.4, 7.4, 7.10
műtéti ellenőrző lista (csekklista), 5.1, 5.2
műtéti sebfertőzés, 6.4
NEKED ajánlás, 1.1, 7.10
nemkívánatos esemény, 1.1, 2.5, 2.10, 4.2, 5.1, 7.1, 7.2, 8.2, 9.1, 9.2
NEVES, 1.1, 7.1, 7.2, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7., 7.8, 7.9, 7.10, 7.11
normatív célok, 1.1
nyomási fekély/decubitus, 2.5, 7.7
oki kutatás, 7.1, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7, 7.8, 7.9, 7.10, 7.11
oktatás, képzés, 1.1, 1.2, 2.2, 2.4, 2.5, 2.6, 2.8, 2.9, 3.1, 3.3, 6.2, 6.3, 6.6, 9.1, 9.2
oktatási módszerek, oktatási módszertan, 2.8, 9.1
oktatási szempontok, 2.8
oldaljelölés, 5.2
onkológia, onko-team, 2.7
operáció/műtét, 1.3, 2.6, 2.10, 5.1, 5.2, 6.3, 7.4, 7.10
operatív célok, tervek, 1.1, 1.2
orrmelléküreg-gyulladás, 3.3
önkényes távozás, 7.9
palliatív team, 2.7
perioperatív, 2.6, 6.4
pielonefritisz, 3.3
pneumónia/tüdőgyulladás, 3.3, 6.5
prevenció/megelőzés, 1.2, 1.3, 2.5, 3.1, 3.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 7.1, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7, 7.8, 7.9, 7.10, 7.11, 9.1, 9.2
prevenciós lánc, 7.8
pszichiátriai betegek, 7.9
rendszerszintű, 1.1, 3.1
rezisztencia, 3.1, 3.2, 3.3, 6.1
rizikófelmérés/kockázatfelmérés, 2.5, 7.7, 7.9, 7.11
sebészet, 2.6, 5.1, 5.2, 6.4
sérülés , 2.9, 7.5, 7.6, 7.11
stratégia, stratégiai koncepció, 1.1, 1.2, 1.4, 6.1
szakpolitika, 3.1
surveillance, 1.2, 6.3, 6.6
SWOT elemzés, 1.1, 1.2, 3.1
szabályozás, 3.1, 3.2
szervezés, 2.2, 2.4, 2.7, 2.8, 2.9, 7.4, 7.8
szervezeti kultúra, 1.4, 7.8, 9.1
szűrővizsgálat, 1.3
tananyag, 2.2, 2.5, 2.9, 9.1
tanulmány, 1.3, 1.4, 7.1, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7, 7.8, 7.9, 7.10, 7.11
tapasztalatcsere, 7.2
team-munka/csapatmunka, 2.5, 7.8, 9.1
téves azonosítás, 7.10
torokfájás, 3.3
tudatos magatartás, 9.2
túlélési lánc, 7.8
tüdőgyulladás/pneumónia, 3.3, 6.5
tűszúrás, 7.5
új dolgozó, 2.9
újraélesztés, 2.4, 7.8
újszülött, 2.10
útmutató/ajánlás, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 5.1, 6.1, 6.2, 8.1, 8.2, 9.1
vágás, 7.5
vezetők, 1.4, 7.2, 7.6
WHO biztonságos sebészet, 5.1

Egészségügyi Ellátórendszer
Szakmai Módszertani fejlesztése
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001